

Tilburg University

Naar een geloofwaardige tbs

Goosensen, A.

Publication date:
2015

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Goosensen, A. (2015). *Naar een geloofwaardige tbs: Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur, op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte*. [, Tilburg University]. Wolf Publishers.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Naar een geloofwaardige tbs

Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur,
op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte

Aart Goosensen



Naar een geloofwaardige tbs

Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur,
op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte

Aart Goosensen

ISBN: 9789462402706

Dit boek is een uitgave van:
Wolf Legal Publishers (WLP)
Postbus 313
5060 AH Oisterwijk
info@wolfpublishers.nl
www.wolfpublishers.com

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de door de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd (waaronder begrepen het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De bij toepassing van artikel 16B en 17 Auteurswet 1912 wettelijk verschuldigde vergoedingen wegens fotokopiëren, dienen te worden voldaan aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken op grond van artikel 16 Auteurswet 1912 dient men zich tevoren tot de uitgever te wenden. Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten of onvolkomenheden.

© Auteur / WLP 2015

Naar een geloofwaardige tbs

**Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur,
op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte**

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor

aan Tilburg University

op gezag van de rector magnificus,

prof.dr. E.H.L. Aarts,

in het openbaar te verdedigen ten overstaan van een

door het college voor promoties aangewezen commissie

in de aula van de Universiteit

op vrijdag 11 december 2015 om 10.15 uur

door

Aart Goosensen,

geboren op 17 februari 1954 te Zwolle

Promotores:

Prof.dr. T.I. Oei

Prof.dr.mr. M.S. Groenhuijsen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Voorwoord	11
Hoofdstuk 1 Inleiding	13
1.1 Terbeschikkingstelling	13
1.2 Van terbeschikkingstelling van de regering naar terbeschikkingstelling	17
1.3 Golfbeweging van de terbeschikkingstelling	19
1.4 Resocialisatie en de terbeschikkingstelling	21
1.5 Beschaving en de terbeschikkingstelling	22
1.6 Dader en de terbeschikkingstelling	25
1.7 Maatschappij en de terbeschikkingstelling	26
1.8 Samenvatting	28
Hoofdstuk 2 Het onderzoek	29
2.1 Optimalisatie en sub-optimalisatie van de terbeschikkingstelling	29
2.2 FPC Oldenkotte, crisis en stabilisatie	30
2.3 Doel- en vraagstelling van het onderzoek	31
2.4 Gelooftwaardigheid	32
2.4.1 Gelooftwaardigheid op basis van de praktijk	32
2.4.2 Gelooftwaardigheid op basis van de terbeschikkingstelling	35
2.5 Proportionaliteit	39
2.5.1 Proportionaliteit en strafoplegging	39
2.5.2 Proportionaliteit en terbeschikkingstelling	45
2.6 Optimalisatie	50
2.6.1 Kwaliteitsverbetering op basis van de planning en controlcyclus	51
2.6.2 Kwaliteitsverbetering op basis van optimalisatie	52
2.7 Werkwijze	53
2.8 Presentatie	57
Hoofdstuk 3 De onveiligheid van de veiligheid	59
3.1 Achtergronden en trends rond de terbeschikkingstelling	60
3.1.1 Groei en krimp van de sector terbeschikkingstelling	60
3.1.2 Trend in het aantal opleggingen terbeschikkingstelling	62
3.1.3 Aantal beëindigingen van de terbeschikkingstelling	64
3.1.4 Prognose van de toekomst van de terbeschikkingstelling	65
3.1.5 Ontwikkeling capaciteit en bezetting van de terbeschikkingstelling	67
3.1.6 Achtergronden van de dynamiek van de terbeschikkingstelling	69
3.1.7 Effectiviteit van de terbeschikkingstelling	71
3.1.8 Behandelduur en weigerende observandi	72
3.2 Behandelduur	73
3.2.1 Ontwikkeling van de behandelduur	73
3.2.2 Meten aan de behandelduur	76
3.2.3 Gemiddelde behandelduur van een populatie	76
3.2.4 Gemiddelde behandelduur bij einde terbeschikkingstelling	78
3.2.5 Gemiddelde behandelduur per instroomcohort eerste opnames	80
3.3 Behandelduur als variabele	83

3.3.1 Dynamiek en afhankelijkheid van de behandelduur	83
3.3.2 Duur van de maatregel terbeschikkingstelling in relatie tot gevangenisstraf	85
3.4 Behandelduur en veiligheid	85
3.5 Samenvatting	86
Hoofdstuk 4 Model van de terbeschikkingstelling	87
4.1 Oriëntatie	87
4.1.1 Kwaliteitsmodel INK	87
4.1.2 Proces, project en programma	89
4.1.3 Primaire proces	91
4.1.4 Kritieke pad	92
4.1.5 Rechtsgang en terbeschikkingstelling	93
4.2 Bouwstenen model	95
4.2.1 Activiteiten- of productniveau	96
4.2.2 Procesniveau	98
4.2.3 Systeemniveau	99
4.2.4 Ketenniveau	100
4.2.5 Beleidsnetwerkniveau	100
4.3 Naar een model	101
4.3.1 Model	101
4.3.2 Van micro- tot macroniveau	102
4.4 Samenvatting	105
Hoofdstuk 5 Afwijkingen	107
5.1 Oriëntatie	107
5.1.1 Incidenten en maatregelen en de wet	107
5.1.2 Signalering van incidenten en maatregelen	108
5.1.3 Discretionaire ruimte bij het nemen van maatregelen	109
5.2 Afwijkingen en sturing	109
5.2.1 Maatregelen en dynamiek	110
5.2.2 Meetbaarheid effect interventies	110
5.2.3 Registratie incidenten en maatregelen	111
5.2.4 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie	112
5.3 Meting aan de afwijkingen	113
5.3.1 Separaties	113
5.3.2 Separaties en een negatieve spiraal	118
5.3.3 Gedwongen toedienen van medicatie	121
5.3.4 Terugplaatsingen	121
5.3.5 Aanleidingen tot terugplaatsing	123
5.3.6 Onttrekkingen	124
5.3.7 Aantal onttrekkingen	125
5.3.8 Onttrekkingen naar type patiënt	127
5.3.9 Onttrekkingen naar duur	128
5.3.10 Onttrekkingen FPC Oldenkotte op patiëntniveau	129
5.3.11 Aantal ingetrokken machtigingen	129
5.3.12 Beoordelingsinstrumenten en onttrekkingen	130
5.3.13 Beoordelingsinstrumenten en recidives	131
5.3.14 De Landelijke Databank Risicotaxatie terbeschikkingstelling	131
5.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur	132
5.5 Samenvatting	133

Hoofdstuk 6 Verlofmanagement	135
6.1 Oriëntatie	135
6.1.1 Historie	135
6.1.2 Wetgeving	136
6.1.3 Sector brede maatregelen	137
6.1.4 Lerende verlofpraktijk	138
6.1.5 Verlofunit en Adviescollege Verloftoetsing TBS	138
6.1.6 Activiteiten gerichte traditie	140
6.1.7 Ontwikkeling verloftraject	140
6.1.8 Aanleiding ontwikkeling verlofmanagement	141
6.2 Concept verlofmanagement	142
6.2.1 Invoering verlofmanagement	142
6.2.2 Basisprincipes verlofmanagement	144
6.2.3 Kaders van het verlofmanagement	148
6.2.4 Regie verlofmanagement en de monitoring	150
6.2.5 Intrekken verloven	152
6.2.6 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie	152
6.3 Metingen aan de verloven	153
6.3.1 Ontwikkeling verlofmarges	153
6.3.2 Aantal verloven	156
6.3.3 Toetsing behandeling en evaluatie verlof	158
6.3.4 Verkorting behandelduur	159
6.3.5 Versnelling van de aanvraag van de machtiging voor begeleid verlof	160
6.3.6 Vervanging van woonverlof door transmuraal verlof	160
6.3.7 Kanttekeningen bij transmuraal verlof	161
6.3.8 Transmuraal verlof en behandelduur	162
6.3.9 Aansturing en transmuraal verlof	163
6.3.10 Verkorting transmuraal verlof	164
6.3.11 Sector brede kansen	165
6.3.12 Indicaties voor de verkorting van de behandelduur	165
6.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur	170
6.5 Samenvatting	171
Hoofdstuk 7 Resultaatgerichtwerken	173
7.1 Oriëntatie	173
7.1.1 Ontwikkeling beëindiging terbeschikkingstelling	173
7.1.2 Praktijk van de beëindiging terbeschikkingstelling	174
7.1.3 Praktijk van de beëindiging terbeschikkingstelling in FPC Oldenkotte	174
7.1.4 Praktijk voorwaardelijke beëindiging	175
7.1.5 Risico en beëindiging	176
7.1.6 Toetsing van de behandeling	179
7.1.7 Actualiteit en kwaliteit van de behandelplannen	180
7.1.8 Toetsing van de behandeldoelen	181
7.1.9 Risicofactoren en monitoring behandeling	182
7.1.10 Ordening en planning behandeling en samenwerking met de patiënt	183
7.1.11 Draagvlak en draagkracht de behandelduur te verkorten	183
7.2 Concept resultaatgerichtwerken	184
7.2.1 Resultaatgerichtwerken	185
7.2.2 Resultaatgericht behandelplan	191
7.2.3 Behandelcyclus resultaatgericht	193

7.2.4 Competenties per module	197
7.2.5 Competenties sociotherapie	197
7.2.6 Besluitvorming en klinisch oordeel	198
7.2.7 Uitgewerkt systeem	199
7.2.8 Professionele autonomie	200
7.2.9 Afdelingsprogramma	200
7.2.10 Trajectkaart	201
7.2.11 Kerndossier	204
7.2.12 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie	204
7.3 Metingen aan resultaatgerichtwerken	205
7.3.1 Behandelplan, doelen en interventies	205
7.3.2 Behandelplan sociotherapie, doelen en interventies	206
7.3.3 Risicoprofielen bij uitstroom	207
7.3.4 Einde terbeschikkingstelling en de mate van resocialisatie	208
7.3.5 Behandelduur, realisatie en prognose	210
7.3.6 Behandelduur per zorgprogramma en geslacht	212
7.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur	213
7.5 Samenvatting	215
 Hoofdstuk 8 Discussie	 217
8.1 Algemeen	217
8.2 Afwijkingen	219
8.3 Verlofmanagement	221
8.4 Resultaatgerichtwerken	223
 Hoofdstuk 9 Conclusies	 229
9.1 Algemeen	229
9.1.1 Behandelduur in perspectief	229
9.1.2 Onafhankelijk onderzoek	230
9.1.3 Veiligheid van onveiligheid	230
9.1.4 Discretionaire ruimte	231
9.1.5 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur	231
9.2 Afwijkingen	232
9.2.1 Kwaliteit leiderschap en organisatie	232
9.2.2 Hoofd behandeling als integraal leidinggevende	232
9.2.3 Ontwikkeling database	233
9.2.4 Terugdringen dwang en drang	233
9.2.5 Regie trajecten	233
9.2.6 Differentiatie binnen de maatregelen na een onttrekking	234
9.3 Verlofmanagement	234
9.3.1 Betrokken afstand als kern van het verlofmanagement	234
9.3.2 Kwaliteit van de procesgang	235
9.3.3 Behandeling en toetsing	235
9.3.4 Behandeling en bedrijfsvoering	236
9.3.5 Behandelduur en aansturing	237
9.4 Resultaatgerichtwerken	237
9.4.1 Mate van toetsing	237
9.4.2 Doelen en behandelmodules	238
9.4.3 Gemiddelde behandelduur	239
9.4.4 Mate van resocialisatie	239
9.4.5 Risicoprofielen	240

Hoofdstuk 10 Aanbevelingen	241
10.1 Algemeen	241
10.1.1 Behandelduur en geloofwaardigheid	241
10.1.2 Behandelduur en onafhankelijk onderzoek	242
10.1.3 Behandelduur en onveiligheid	242
10.1.4 Behandelduur en discretionaire ruimte	242
10.1.5 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur	243
10.2 Afwijkingen	245
10.2.1 Afwijkingen en gezondheid van de organisatie	245
10.2.2 Afwijkingen en leren	246
10.2.3 Afwijkingen dwang en drang	246
10.2.4 Afwijking en traject	246
10.2.5 Afwijkingen en bulkmaatregelen	247
10.3 Verlofmanagement	247
10.3.1 Verlof en betrokken afstand	247
10.3.2 Verlof en afhankelijkheid	247
10.3.3 Verlof en afbakening	248
10.3.4 Verlof en verantwoording	248
10.3.5 Verlof en transparantie	248
10.4 Resultaatgerichtwerken	249
10.4.1 Traject en beëindiging	249
10.4.2 Traject en resultaatgebieden	249
10.4.3 Traject en doelstelling	250
10.4.4 Traject en resocialisatie	251
10.4.5 Traject en risicoprofiel	251
Bijlage I: Stroomschema's parlementaire commissie Visser	253
Bijlage II: Model terbeschikkingstelling	254
Bijlage III: Verlofmanagement	256
Bijlage IV: Module/discipline versus risicofactor	257
Bijlage V: Concept verloop risicotaxatie en grafische weergave (fictief)	258
Bijlage VI: Doen	259
Bijlage VII: Voorblad managementinformatie primair proces	260
Bijlage VIII: Trajectkaart	261
Bijlage IX: In behandelplannen gekozen behandeldoelen en daaraan gekoppelde modules/disciplines van de eerste opnames van 2010 en 2011	262
Bijlage X: Risicoprofielen van patiënten met een uitstroomperspectief naar een fpa en naar een ribw	263
Samenvatting	265
Summary	267
Woordenlijst	269
Afkortingen:	277
Literatuurlijst	279
Over de schrijver	293

Voorwoord

Hoe komen patiënt en behandelaar het best tot hun recht? Dat is een boeiende vraag die binnen een complex en dynamisch organisme als een forensisch psychiatrisch centrum voortdurend gesteld kan en moet worden, maar ook binnen de sector terbeschikkingstelling als geheel. Het antwoord zit niet vanzelfsprekend in een nog betere behandelmethodiek of meer menskracht. Er spelen veel factoren mee, vaak in onderlinge afhankelijkheid. Het kan daarbij gaan om bejegening, communicatie, samenwerking met de patiënt in het dagelijkse leven maar ook via de patiëntenraad, personeelsroostering, veiligheid voor patiënt en personeel, medicatie, behandelplannen, zorgprogrammering, monitoring of de ontwikkeling en het delen van kennis. En als het gaat om onderlinge afhankelijkheid kan bijvoorbeeld de vraag gesteld worden of het mogelijk is tot een juiste bejegening te komen als het personeelsrooster niet op orde is.

De sector terbeschikkingstelling halveert. Recent zijn drie klinieken, respectievelijk FPC Oldenkotte, FPC 2landen en FPC Veldzicht gesloten of afgebouwd, andere klinieken leveren capaciteit in. Dat is een bijzondere omstandigheid voor onderzoek, maar zeker een ‘moment’ voor reflectie als het gaat om de reden van bestaan en het nadenken over de toekomst. Het onderzoek is geen poging aan te tonen hoezeer de sector – uniek in de wereld – slachtoffer is van omstandigheden. De inzet is het nemen van de eigen verantwoordelijkheid. Dit ligt geheel in de lijn van de terbeschikkingstelling, waarin het laatste een wezenlijk aspect is van de behandeling en een risicofactor van het risicotaxatie-instrument HKT-30.

Ik wil in de eerste plaats mijn promotoren Prof.dr. T.I. Oei en Prof.dr.mr. M.S. Groenhuijsen bedanken. Door de stimulerende en confronterende begeleiding kwam de positieve energie los om een dergelijk omvangrijk project als een promotieonderzoek af te kunnen ronden. Ik ben begonnen FPC Oldenkotte een organisme te noemen, wat inhoudt dat het gezien kan worden als een levend geheel gericht op een gemeenschappelijk doel. En die levensvorm ben je samen, ieder met zijn of haar onmisbare rol. Zoals elk organisme voelde het zich soms fantastisch en vrolijk, dan weer gewoon, ook wel uitgeput of in een ernstige crisis maar zonder een dag van verveling. Ik wil daarom ook iedereen, met wie ik vanuit een gezamenlijke betrokkenheid heb mogen samenwerken, bedanken voor zijn of haar bijdrage aan de inspiratie, van directeur tot huisknecht, van eerste geneeskundige tot sociotherapeut, activiteitenbegeleider en medewerker receptie en beveiliging. Speciaal wil ik echter Ellen Belshof en Yvonne Bouman bedanken. Ellen bleef als informatiespecialist samen met de patiëntenregistratie de voor het primair proces ontwikkelde en voor het onderzoek onmisbare dagelijkse, wekelijkse en maandelijkse overzichten zorgvuldig controleren en produceren. En Yvonne stelde vragen, dat zijn soms de beste antwoorden. Ineke, dank voor het geduld en de ruimte.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Terbeschikkingstelling

Terbeschikkingstelling (tbs) is een behandelmaatregel die de rechter oplegt aan mensen die zware delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis ten tijde van het plegen van het delict. Tevens dient het door hen begane feit een misdrijf te zijn “waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, en 395 van het Wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, onderdeel b, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en 2° dat de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.”¹ Deze stoornis beïnvloedt hun gedrag, zo is de veronderstelling. Er wordt echter geen causaal verband vereist tussen stoornis en delict, slechts een gelijktijdigheidsverband.² De rechter legt de terbeschikkingstelling slechts op “nadat hij zich een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines – waaronder een psychiater – die de betrokkene hebben onderzocht.”³ In het geval een terbeschikkingstelling wordt opgelegd “kan de rechter afzien van het opleggen van straf, ook indien hij bevindt dat het feit wel aan de verdachte kan worden toegerekend.”⁴

In het geval een feit niet kan worden toegerekend is er geen ‘combinatievonnis’ van gevangenisstraf en terbeschikkingstelling mogelijk. De wet stelt dat: “niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend”.⁵ Een belangrijk aspect van exceptie is de verbinding of causale relatie met het specifiek ten laste gelegde feit: achtervolgingswaan bijvoorbeeld kan relevant zijn voor de toerekening van geweldsdelicten, terwijl het verband met fraude veelal afwezig is en dus ook geen toerekeningsprobleem oplevert.⁶

In de literatuur wordt gesteld: “Maatregelen worden niet op basis van een strafbaar feit opgelegd, doch naar aanleiding van een strafbaar feit. Voor de maatregel geldt dus niet de grondslag van vergelding, doch primair is bepalend het doel van verbetering, van herstel van de oude toestand of van voorkoming van gevaar.”⁷ Gevaarlijkheid wordt wel omschreven als de hoge mate van waarschijnlijkheid dat de psychisch gestoorde dader opnieuw ernstig zal derailleren, gevaar is met andere woorden gevaar voor ernstige recidive, delictgevaarlijkheid. Het gaat daarbij niet om gevaar voor zichzelf.⁸ De maatregel

¹ Art. 37a lid 1 Sr.

² Kooijmans & Jörg 2013, p. 354, 355.

³ Art. (37a lid 3 Sr. jo) 37 lid 2 Sr.

⁴ Art. 37a lid 2 Sr.

⁵ Art. 39 Sr.

⁶ De Hullu 2012, p. 333; Kooijmans & Jörg 2013, p. 354.

⁷ Kelk & De Jong 2013, p. 537.

⁸ Hofstee 1987, p. 215, 461; Kooijmans 2002, p. 154.

is wellicht geen bewust bedoelde leedtoevoeging, dit sluit niet uit dat deze wel degelijk als punitief wordt ervaren.⁹

Naast maatregelen kent het Nederlandse strafrecht straffen als sanctie. Deze tweedeling wordt ook wel aangeduid met tweesporenstelsel, of dualistisch sanctiestelsel genoemd. In het Wetboek van Strafrecht vallen de straffen onder Titel II (Boek I) en de maatregelen onder Titel IIa (Boek I). De maatregelen zijn onderverdeeld in afdeling 1 tot en met 3, waarbij de terbeschikkingstelling samen met de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis onder afdeling 2 valt. De maatregel vertoont een aantal overeenkomsten met straf, maar ook een aantal essentiële verschillen. De maatregel terbeschikkingstelling kan ook verhelderd worden door deze af te zetten tegen de strafoplegging, kort samengevat:

“Strafoplegging is bedoelde leedtoevoeging, maatregeloplegging is onbedoelde leedtoevoeging.

Delict en straf zijn onlosmakelijk verbonden, voor de maatregel vormt het delict slechts de aanleiding.

Schuldvergoeding is specifiek voor de straf, niet voor de maatregel.

De schuld limiteert de straf, de maatregel wordt niet gelimiteerd door schuld.

De maatregel bedoelt de straf aan te vullen.

De gevaarlijkheid is het fundament voor de maatregel.

De maatregel heeft primair een speciaal-preventieve functie, de straf heeft primair een generaal-preventieve functie.

De verschillende betekenis van het beginsel van individualisatie bij straf en maatregel”.¹⁰

Daartegenover wordt gesteld dat de consensus over sanctiedoelen globaal is, “mede omdat hun onderlinge verhouding onduidelijk is, ze niet scherp zijn gedefinieerd en daardoor evenmin duidelijke maatstaven voor de precieze straftoemeting opleveren. Dat in Nederland tegenwoordig waarschijnlijk in brede kring de verenigingstheorie wordt aangehangen (waarin zowel vergelding als andere strafdoelen belangrijk worden geacht), geeft dan ook eigenlijk niet veel richting aan”.¹¹ Ook wordt in dezen stelling genomen tegen onderscheid tussen straf- en maatregeldoelen. Verder in de huidige strafrechtpleging “worden veelal verschillende strafdoelen als waardevol en geldig erkend: vanouds zijn dat vergelding, generale preventie (normbevestiging en afschrikking) en speciale preventie

⁹ Kelk & De Jong 2013, p. 538.

¹⁰ Van der Landen 1992, a.w., p. 4 – 7; Kooijmans 2002, a.w., p. 10,11.

¹¹ De Hullu 2003a, p. 17.

(beveiliging en resocialisatie) en tegenwoordig geldt dat ook voor reparatie (genoegdoening aan het slachtoffer van een strafbaar feit, herstel van de oude toestand).¹²

Een ander accent wordt gelegd als gesteld wordt dat de straf per definitie beoogt verdiend leed toe te voegen. Hierbij wordt het als minder zuiver gezien “om de vergelding als doel van de straf aan te merken, of om de straf doel in zich te noemen. Aan het karakter van de straf wordt geen recht gedaan, als zij in termen van doel (en middel) wordt omschreven. Straffen is niet doelgericht, maar reactief van aard. Straffen is vergelden. Beide termen zijn, althans zo goed als geheel, synoniem.” Er wordt aan toegevoegd: “De straf is reactie: haar rechtvaardiging ligt in de emotie, niet in de rede. In die zin is de rechtvaardiging onredelijk, ofwel irrationeel.”¹³ Op basis van deze invalshoek is er weinig ruimte voor de doelmatigheid van de strafoplegging, de “verdiende straf werkt doordat de gedeelde afkeuring het bestaan van de norm bevestigt.”¹⁴

De wet kent het gedeeltelijke toerekenen van het feit niet. Dit maakt echter wel deel uit van de adviespraktijk zoals deze in de rapportage pro Justitia gemeengoed is geworden. Het vormt zelfs een van de kernpunten. De wetenschappelijke houdbaarheid van dergelijke oordelen betreffende toerekeningsvatbaarheid is evenwel voorwerp van discussie gebleken.¹⁵ Om te komen tot een beoordeling van de ontoerekenbaarheid leidt de wettekst “in voorkomende gevallen tot drie relevante vragen voor de strafrechter: 1. Was er ten tijde van het begaan van het strafbare feit sprake van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van de verdachte? Zo ja, 2. is causaal verband tussen de stoornis en het strafbare feit voldoende aannemelijk? Zo ja, 3. welk oordeel moet gelet op de eerste twee vragen en gelet op alle omstandigheden van de casus over de toerekening worden gegeven?”¹⁶

In de uitspraak stelt de rechter na het advies in de pro Justitia rapportage van een psychiater en een psycholoog tevens de mate van toerekeningsvatbaarheid vast. Deze is van invloed op de strafmaat. In het geval er sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid zal er geen straf opgelegd worden. De toerekeningsvatbaarheid kent vijf onderscheiden gradaties, namelijk volledig toerekeningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en volledig ontoerekeningsvatbaar. Gesteld wordt dat: “Deze nadere en ook wel omstreden onderscheiding geen grondslag heeft in art. 39 Sr dat slechts een tweedeling kent maar wel zinvol kan zijn in verband met de sanctietoemeting.”¹⁷

¹² De Hullu 2003a, p. 17; zie ook Knigge 1988, p. 6.

¹³ Knigge 1988, p. 8.

¹⁴ Knigge 1988, p. 18.

¹⁵ Groenhuijsen & Kooijmans 2011, p. 59 – 65; Meynen 2013a, p. 54 – 64; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken, p. 63 – 66; Kooijmans & Jörg 2013, p. 348, 355.

¹⁶ De Hullu 2012, p. 335; zie ook Kelk & De Jong 2013, p. 326.

¹⁷ De Hullu 2012, p. 336.

Als het gaat om de ernst van de stoornis en de doorwerking van de stoornis in het ten laste gelegde wordt gesteld: “Gezien deze specifieke verhouding zal een concreet voorstel aangaande de toerekeningsvatbaarheid altijd iets van een constructie in zich dragen, die weliswaar in hoge mate aannemelijk zal zijn wil zij aanvaardbaar zijn, maar toch van de orde van ‘aannemelijkheid’ is. Met het oog hierop zijn, bij de weging van de ernst van de stoornis en van de doorwerking hiervan in het feit, een grote mate van voorzichtigheid en zorgvuldigheid geboden: vereist is prudentie. De bevindingen die tot de aanname van een stoornis leiden, dienen zoveel mogelijk geobjectiveerd te worden en de schets van de doorwerking in het feit dient doorzichtig te zijn en samenhang te tonen. De prudentie wordt gemeten aan de criteria van objectiviteit, inzichtelijkheid en coherentie. Zo leidt de vereiste vorm van prudentie naar een eigen vorm van ‘evidentie’, die verschilt van de evidentie die gegeven is met de vaststelling van een codeerbare stoornis of van een statistisch verband.”¹⁸

Als omschrijving voor het begrip vrije wil of wilsvrijheid, van belang bij de bepaling van toerekeningsvatbaarheid, wordt wel gebruik gemaakt van het ‘vermogen tot overleg’.¹⁹ Een specifiek discussiepunt is dat van de vrije wil in relatie tot de toerekeningsvatbaarheid in de forensische psychiatrie, gezien vanuit de filosofie. Vanuit het neurowetenschappelijke determinisme kan de vraag gesteld worden: “Hoe kan ik vrij zijn als alles in mijn hersenen bepaald wordt door de wetten van de natuur.” De discussie leidt tot de vraag: wat is nu precies nodig voor toerekeningsvatbaarheid. Hierin wordt als het gaat om de beoordeling van toerekeningsvatbaarheid een nuttige rol gezien voor de empirische ethiek. De ethicus probeert dan “zelf nieuwe gegevens te verzamelen hoe een begrip werkzaam is bij professionals en andere betrokkenen in de (medische) praktijk. In de medische praktijk zijn dat onder andere rechters, advocaten en psychiaters.”²⁰ Ook wordt gepleit voor een juridische standaard voor ontoerekeningsvatbaarheid. De psychiater doet dan geen uitspraak meer over de mate van toerekeningsvatbaarheid. De juridische standaard specificeert in welke gevallen een psychische stoornis tot ontoerekeningsvatbaarheid leidt, als intermediair tussen gedragsdeskundig feit enerzijds en de juridische norm anderzijds.²¹

De terbeschikkingstelling kent twee varianten: terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging en terbeschikkingstelling met voorwaarden. De terbeschikkingstelling met (dwang)verpleging is de meest ingrijpende vorm van terbeschikkingstelling. De terbeschikkinggestelde wordt in een forensisch psychiatrisch centrum²² (fpc) geplaatst en behandeld. De rechter legt in eerste instantie een terbeschikkingstelling op voor de duur van twee jaar.²³ Zolang het gevaar voor de maatschappij niet tot een aanvaardbaar risico daalt, kan de rechter de terbeschikkingstelling op vordering van het openbaar ministerie (OM) met één of twee jaar verlengen.²⁴ Het behandelende forensisch psychiatrisch

¹⁸ Mooij 2005, p. 17.

¹⁹ Mooij 2005, p. 16.

²⁰ Meynen 2009, p. 879.

²¹ Meynen 2013b, p. 1383 – 1390.

²² Tbs-kliniek.

²³ Art. 38d lid 1 Sr.

²⁴ Art. 38d lid 2 Sr.

centrum levert hiertoe ten behoeve van de verlengingszitting een advies aan. Daarnaast geeft een onafhankelijke groep van deskundigen elke zes jaar en dat gerekend vanaf de aanvang van de terbeschikkingstelling advies aan de rechter of verlenging van de terbeschikkingstelling nog gewenst is. De terbeschikkingstelling duurt in beginsel maximaal vier jaar. Bij geweldsdelicten, die gevaar veroorzaken voor anderen, kan de gedwongen verpleging echter telkens worden verlengd.²⁵ De terbeschikkingstelling kan derhalve zo nodig duren tot aan het overlijden van de patiënt.

In het geval van terbeschikkingstelling met voorwaarden verblijft iemand niet in een forensisch psychiatrisch centrum, maar stelt de rechter voorwaarden aan het gedrag. De terbeschikkinggestelde moet dan bijvoorbeeld een behandeling ondergaan of mag geen alcohol of drugs gebruiken. Als hij zich niet houdt aan die voorwaarden, kan de rechter de terbeschikkingstelling met voorwaarden alsnog omzetten in een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging.²⁶ Ook kunnen voorwaarden aangevuld, gewijzigd of opgeheven worden.²⁷ De maximale duur van de termijn waarvoor terbeschikkingstelling met voorwaarden kan worden opgelegd is negen jaar.²⁸ De maximale gevangenisstraf waarbij terbeschikkingstelling met voorwaarden nog kan worden opgelegd is vijf jaar.²⁹

Indien de behandeling vastloopt en er sprake is van een voortdurende delictdreiging, wordt de betreffende patiënt veelal overgeplaatst naar een longstay-voorziening. Een dergelijke plaatsing vindt in de regel pas plaats na behandelpogingen in meer dan één kliniek. De landelijke adviescommissie plaatsing (LAP) adviseert de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie betreffende de mogelijke longstay-status van een individuele patiënt. Maar ook dan blijft de rechter de terbeschikkinggestelde iedere twee jaar oproepen om te beoordelen of de verlenging van de terbeschikkingstelling nog nodig is. Bij invoering van het Beleidskader Longstay Forensische Zorg³⁰ kent de longstay een driejaarlijkse periodieke toets, met ingang van december 2010 uitgevoerd door de LAP. Door periodiek te beoordelen of voortzetting van de longstaystatus nog gerechtvaardigd is, is de rechtspositie van de patiënt verbeterd. Tot dan kon de longstaystatus van een patiënt alleen beëindigd worden middels een beëindiging van de terbeschikkingstelling.

1.2 Van terbeschikkingstelling van de regering naar terbeschikkingstelling

Per 1 november 1928 is de voorloper van de terbeschikkingstelling, de 'ter beschikkingstelling van de regering' (tbr) bij wet geregeld in de zogenaamde 'psychopathenwetten'. De maatregel was eerder bedoeld voor die gevallen waarin bij een veroordeling door de beperkende werking van het beginsel van proportionele schuldvergoeding de gewenste maatschappelijke beveiliging door middel van straf

²⁵ Art. 38e lid 1 Sr.

²⁶ Art. 38c Sr.

²⁷ Art. 38b Sr.

²⁸ Art. 38e lid 2 Sr.

²⁹ Art. 38 lid 3 Sr.

³⁰ Beleidskader Longstay Forensische Zorg, Directie Forensische Zorg 2009, p. 23.

onvoldoende kon worden gerealiseerd. Het is bij wet echter ook mogelijk gemaakt de maatregel op te leggen bij ontslag van alle rechtsvervolging wegens de ontoerekeningsvatbaarheid van de dader.³¹ In 1930 was er al sprake van een passantenproblematiek, ondanks het inrichten van noodasiels en het ontstaan van particulier initiatief. Verschillende factoren speelden hierin mee. Er was een gebrekkige uitstroom bij een stabiele instroom. Daarbij verweet de toenmalige minister Donner de rechterlijke macht de Psychopathenwetten te royaal te hebben toegepast. Onder druk van de bezuinigingspolitiek werd in 1933 door middel van de zogenaamde ‘stopwet’ geregeld dat oplegging van een ter beschikkingstelling van de regering naar aanleiding van overtredingen was uitgesloten en terzake van vermogensdelicten werd beperkt. Een vermogensdelinquent kon pas ter beschikking van de regering gesteld worden indien deze binnen een bepaalde periode driemaal recidiveerde. Deze wet werd in 1947 opgeheven.³²

De terbeschikkingstelling bestaat sinds 1 september 1988, eerst geregeld in de tijdelijke rechtspositie regeling van terbeschikkinggestelden. De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) is in 1997 vastgesteld. In 1988 werd de nieuwe wettelijke regeling van kracht voor de oplegging en tenuitvoerlegging van een strafrechtelijke maatregel die is bestemd voor plegers van ernstige delicten die op grond van een geestelijke stoornis als deels of volledig ontoerekeningsvatbaar worden aangemerkt. Deze wetswijziging is gemarkeerd door een naamsverandering van de strafrechtelijke maatregel: terbeschikkingstelling van de regering (tbr) werd kortweg terbeschikkingstelling (tbs).³³

Met ingang van 23 december 2010 geldt het Interimbesluit forensische zorg, houdende tijdelijke bepalingen voor de forensische zorg. Dit interimbesluit dient vervangen te worden door de Wet forensische zorg. Bij aanneming leidt de wet ook tot veranderingen in diverse andere wetten, waaronder het Wetboek van Strafrecht, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en het Wetboek van Strafvordering. De Eerste Kamer heeft op 1 april 2014 de behandeling van het wetsvoorstel op verzoek van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie geschorst, dit naar aanleiding van een aantal door de Eerste Kamer gesignaleerde knelpunten als patiënten met een verschillende rechtspositie in een instelling en een regeling weigerende observandi.³⁴

De doelstelling van de Wet forensische zorg zoals genoemd in het gewijzigd voorstel van wet van 18 december 2012 staat in de aanhef als volgt beschreven: “Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is regels vast te stellen inzake de forensische zorg in strafrechtelijk kader teneinde de noodzakelijke aansluiting van de forensische zorg met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg (ggz) te verbeteren en tevens de recidive van forensische patiënten te verminderen, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving”. De wet is erop ingericht te zorgen dat patiënten op de juiste plek terecht komen en de juiste zorg krijgen. Op dit moment kunnen mensen met een psychische

³¹ Van der Landen, p. 261.

³² Hofstee 2003, p. 14.

³³ Leuw & Mertens 2001, p. 11.

³⁴ Brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 6 november 2014 (32396).

stoornis of verstandelijke beperking terechtkomen in de gevangenis of een andere justitiële instelling, terwijl ze daar eigenlijk niet thuishoren. In de gevangenis zijn slechts beperkte mogelijkheden om deze personen te behandelen. Na afloop van de gevangenisstraf lukt het vaak niet om de behandeling door te zetten in een zorginstelling, waardoor de persoon te snel weer op zichzelf is aangewezen, met het gevaar dat hij weer de fout in gaat. Daarnaast wordt de aansluiting tussen het strafsysteem (bijvoorbeeld gevangenisstraf) en de geestelijke gezondheidszorg verbeterd.

De Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen is in de nieuwe situatie verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg bij de aanbieders. Alle forensische zorg wordt daarmee centraal ingekocht en aan de hand van een uniforme methode wordt bepaald welke zorg en plaatsing nodig zijn. Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. In de eerste plaats kan de officier van justitie (OvJ) in de voorfase een afweging maken of een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een (zorg)machtiging op grond van de Wet Bopz (dan wel de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) de passende maatregel is. En ook in de fase van het vonnis van de rechter en na afloop van de verleende forensische zorg moet zijn voorzien in een goede aansluiting. Daarnaast kan de strafrechter indien hij niet besluit tot het opleggen van een strafrechtelijke sanctie die leidt tot plaatsing in de forensische zorg (bijvoorbeeld een voorwaardelijke veroordeling of een plaatsing in een inrichting voor veelplegers) of besluit om de terbeschikkingstelling niet te verlengen een zorgmachtiging afgeven. Verder krijgt de strafrechter de bevoegdheid om op voorstel van het openbaar ministerie een (zorg)machtiging af te geven aan een forensische patiënt met een psychische stoornis, aan wie na afloop van de strafrechtelijke titel onvrijwillige zorg moet worden verleend.³⁵

1.3 Golfbeweging van de terbeschikkingstelling

De sector terbeschikkingstelling is in de meer recente historie vanaf het laatste decennium van de vorige eeuw sterk gegroeid. Begin jaren '80 lag het aantal opleggingen nog onder de 100, deze steeg in de jaren '90 via een piek van tegen de 200 naar 150 waarna in de jaren lopend vanaf 2002 tot en met 2005 de 200 opleggingen per jaar ruim gepasseerd werd.³⁶ Er was sprake van een groeiend tekort aan capaciteit met als consequentie dat terbeschikkinggestelden niet meer direct in aansluiting op hun straftijd opgenomen konden worden. Er ontstond een ernstige passantenproblematiek. Deze patiënten die hun straf hadden uitgezeten verbleven vervolgens tijdens de periode 2003 – 2008 alsnog gemiddeld rond een jaar in een penitentiaire inrichting (PI). Deze groep kende een maximale grootte van boven de 200 in 2005. Als antwoord op deze problematiek zijn de bestaande forensisch psychiatrische centra in capaciteit uitgebreid, zijn er nieuwe klinieken gebouwd en is daarnaast tijdelijke extra capaciteit in de vorm van tenders³⁷ toegewezen.

³⁵ Informatiepunt dwang in de zorg, Wetsvoorstel forensische zorg.

³⁶ Bronnen: Respectievelijk Hofstee 1987, p. 561; TBS ingetal maart 2005; MIP (Management Informatie Portaal DJI).

³⁷ Tender capaciteit: tijdelijke capaciteitsuitbreiding die wegens het hogere bedrijfsrisico een hoger verpleegtartief kende. Forensisch psychiatrische centra konden op tenders offeren, waarna DForZo al of niet

Het aantal verpleegden steeg vanaf begin jaren '80 van ongeveer 400 via 1000 in 1999 naar 2000 in 2009.³⁸ Proefverlofgangers en passanten zijn in dit kengetal per definitie niet meegerekend.

Het aantal nieuwe opleggingen van een terbeschikkingstelling daalde na een lange periode waarin ondanks enige fluctuaties sprake was van stijging vanaf 2004 sterk, gemeten over 2013 en 2014 zelfs tot 88 respectievelijk 94.³⁹ Deze daling leidde met vertraging wegens de straftijd en het eerst weg moeten werken van de wachtlijst vanaf 2010 in een relatief hoog tempo tot een daling van de bezetting tot 1542 ultimo 2014.⁴⁰ Het afstoten van capaciteit leidde tot een verlaging van de eerder verdeelde tijdelijke capaciteit. Nadat voor een ander beleid was gekozen op basis van de visie dat deze 'kaasschaafmethode' onvoldoende was, is besloten tot de sluiting van drie klinieken, waarvan één volledig bestond uit tendercapaciteit. In de praktijk liep de afbouw van de capaciteit fors achter op de daling van de behoefte. Tot eind 2014 zijn inclusief de tendercapaciteit nog afspraken gemaakt voor een productiecapaciteit van 1801 bedden.⁴¹ FPC Oldenkotte is als eerste kliniek eind 2014 gesloten. Ook is het forensisch psychiatrisch centrum 2landen per 31 maart 2015 gesloten; deze bestond volledig uit tender capaciteit. De derde sluiting is in de loop van 2015 gerealiseerd door het afstoten van de reguliere tbs-capaciteit van FPC Veldzicht.⁴²

Vaak wordt als reden voor de teruggang van de sector het probleem van een gebrek aan geloofwaardigheid of het vertrouwen in de sector genoemd (zie par. 2.4). Als middel om hier iets aan te doen wordt het terugdringen van de behandelduur als zeer belangrijk gezien, dit onder de noemer dat de proportionaliteit van de maatregel zoek is. Als exponent hiervan wordt ook de mate waarin sprake is van longstay als een knelpunt gezien. Om te komen tot een verbetering van de geloofwaardigheid is door de gezamenlijke forensisch psychiatrische centra beleid uitgezet. Er zijn onder andere normen gesteld voor wanneer een bepaalde verlofmachtiging aangevraagd zou moeten worden.⁴³ Maar ook zijn daarnaast de behandelduur, de longstay en de verlengingszitting onder de loep genomen en zijn op basis daarvan acties uitgezet.⁴⁴

een bepaalde capaciteit toeweest. De capaciteit was daarbij gebonden aan kenmerken als longstay, licht verstandelijk gehandicapt, e.d.

³⁸ Bronnen: Respectievelijk Hofstee 1987, p. 405; TBS ingetal maart 2005; MIP (Management Informatie Portaal DJI).

³⁹ Bron: MIP, Situatie mei 2015, dit aantal kan nog iets stijgen vanwege de rekenregel dat patiënten met een terbeschikkingstelling met voorwaarden waarvan de maatregel later alsnog in terbeschikkingstelling met verpleging wordt omgezet deze gerekend wordt als ingegaan op de eerste datum van oplegging.

⁴⁰ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit, peiling mei 2015.

⁴¹ Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg, Zorginkoop, Tenderovereenkomst V, 23 juli 2012.

⁴² Convenant, Meerjaren overeenkomst Forensische zorg 2013-2017, Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 3 april 2013, p.6; Brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan de voorzitter der Tweede Kamer der Staten-Generaal, betreft Masterplan DJI, 2013-2018, 17 juni 2013.

⁴³ LBHIV/ODO 2010.

⁴⁴ Werkconferentie Recht & TBS, vrijdag 8 november 2013, Lunteren.

1.4 Resocialisatie en de terbeschikkingstelling

De sector terbeschikkingstelling heeft een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Terbeschikkingstelling is er voor de veiligheid van de samenleving. Het gaat er om te voorkomen dat de patiënten recidiveren. Dit komt op twee manieren tot uiting. Terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging worden in de eerste plaats verpleegd en behandeld in een beveiligde kliniek waarbij tijdens de verpleging de beperking van vrijheden zorgvuldig al of niet stapsgewijs afgeschaald wordt, zodat zij gedurende hun verpleging geen onverantwoord gevaar voor de samenleving zijn. Verder richt de behandeling zich erop de patiënt na de verpleging op basis van een aanvaardbaar risico in de samenleving te laten terugkeren.

Maar de afweging wanneer tot resocialisatie, een proces dat regulier aanvangt met (beveiligd) begeleid verlop en via onbegeleid verlop, transmuraal verlop en proefverlop overgaat in voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling, over te gaan is een lastige. Er zijn instrumenten ontwikkeld die de inschatting van de kans op recidive verbeterd hebben. Aan de inschatting blijven echter grote haken en ogen kleven. Gesteld wordt dat: “De individuele voorspelling over een verdachte wordt gebaseerd op de groepfrequenties van verdachten die volgens het instrument in dezelfde categorie terecht zijn gekomen. Maar risicokansen kunnen tussen individuen nogal uiteenlopen.” en “De foutenmarge is in feite zo groot dat op individueel niveau de scores betekenisloos zijn geworden.” en vervolgens “Dat betekent ook dat als wij op basis van predictie-instrumenten willen voorspellen, wij vaak fouten maken.”⁴⁵ De vraag wordt gesteld of dat risico in een beschaafde strafrechtspleging op de verdachte afgewenteld mag worden en of de predictie-instrumenten leidinggevend mogen zijn in het strafrecht. Het antwoord hierop is dat “De klinische blik en predictie-instrumenten worden wel gebruikt, maar niet als grondslag voor het nemen van definitieve beslissingen. Zij worden ingezet om richting te geven aan de begeleiding die de verdachte gaat krijgen.”⁴⁶

Elders wordt er ook op gewezen dat de huidige benadering van risicotaxatie symptomen voorspelt uit symptomen en dat een risicotaxatie waarin oorzaken gevolgen voorspellen nog niet in zicht is.⁴⁷ Er wordt een risicotaxatieprobleem gezien met daarin ook een taak voor de samenleving. “Zij zal zich moeten ontwikkelen naar een volwassener visie op de grenzen aan zekerheid die met een systeem als de forensische psychiatrie gegeven zijn. Daarvoor is een forse wending noodzakelijk, weg van de huidige maatschappelijke obsessie met veiligheid, waarin absolute garanties worden geëist en geen enkel risico wordt getolereerd.”⁴⁸

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) stelt dat het verlenen van (proef)verlop een essentieel onderdeel is van de behandeling van terbeschikkinggestelden, omdat het effect van de behandeling zonder het verlenen van vrijheden onmogelijk kan

⁴⁵ Van Koppen 2008, p. 46.

⁴⁶ Van Koppen 2008, p. 46.

⁴⁷ Philipse 2003, p. 249.

⁴⁸ Philipse 2003, p. 249.

worden getoetst. De Raad gaat zover te stellen, dat waar een verlofmogelijkheid geheel is uitgesloten, zoals ten aanzien van illegale vreemdelingen, niet van behandeling kan worden gesproken. Hij herkent dat de klinieken onder maatschappelijke en politieke druk staan om zo weinig mogelijk risico te nemen. De consequentie kan dan echter zijn dat als de kliniek ieder risico wil uitsluiten, verlof te laat of helemaal niet zal worden verleend. Een dergelijk beleid valt eenzijdig in het nadeel van de patiënt uit. Daarom vormt volgens de raad het tonen van enige durf in dit opzicht een aspect van goede bejegening.⁴⁹

1.5 Beschaving en de terbeschikkingstelling

Het Nederlandse systeem van terbeschikkingstelling kan gezien worden als een uitingvorm van beschaving. Daders van ernstige delicten met psychische problemen worden niet verstoten maar krijgen een kans krijgen op behandeling.⁵⁰ Dit doorgetrokken kan het systeem van terbeschikkingstelling ook gezien worden als laatste toevluchtsoord voor degenen van wie het leven onomkeerbaar lijkt te zijn vastgelopen.⁵¹

Er is een verband te leggen met de levenslange straf, de ultieme strafrechtelijke sanctie in Nederland. Het gebruik dat van die sanctie wordt gemaakt vormt een baken van de heersende rechtscultuur. Dat wij in Nederland eerder niet gewend waren om mensen daadwerkelijk voor de rest van hun leven op te sluiten is ook te zien als een teken van beschaving.⁵² Het aantal levenslange straffen is echter toegenomen. De periode 1970 – 1980 kent nul opleggingen, de periode 1980 – 1990 drie, de periode 1990 – 2000 zeven en de periode 2000 – 2011 drie en twintig.⁵³

Al voor de eeuwwisseling werd gewaarschuwd voor de toename van het aantal levenslange straffen, de hardheid daarvan (in de uitspraak bijvoorbeeld een verwijzing naar het permanente van de straf) en het risico van het gebruik van een lange straf met terbeschikkingstelling om gevaarlijke misdadigers voor onbepaalde tijd uit de samenleving te weren. De conclusie is “dat juist die aspecten die van Nederland een voorbeeld maakten voor andere landen, namelijk korte straffen en een humane strafuitvoering met nadruk op het regime, in de huidige evolutie steeds meer afbrokkelen.”⁵⁴ Verder wordt de levenslange straf binnen de rechtspraktijk sterker dan voorheen gezien als een werkelijk permanente straf. “Een soort maatschappelijke doodstraf kan niet het juiste antwoord zijn op de problemen waarmee de huidige Nederlandse samenleving wordt geconfronteerd.”⁵⁵ Ook wordt geconcludeerd “dat erop dit moment voor levenslanggestraften in Nederland geen ‘prospect of release’ bestaat zoals vereist door art. 3 EVRM, niet alleen de facto maar ook niet meer de jure. De regelgeving verbiedt resocialisatie en de houding die de overheid naar

⁴⁹ RSJ 2010, Bejegening justitiabelen hfst. 11.

⁵⁰ Interview met B.C.M. Raes, EFP nieuwsbrief november 2009, nummer 3, jaargang 6.

⁵¹ Raes 2009, p. 28.

⁵² Groenhuijsen 1999, p. 193.

⁵³ Bron: <http://www.blikopdewereld.nl/rechtspraak/levenslang/boek-de-praktijk-van-de-levenslange-gevangenisstraf-in-nederland/3529-inleiding>; zie ook Van Hattum 2011, p. 21.

⁵⁴ Tubex & Snacken 1994, p. 343.

⁵⁵ Groenhuijsen 1999, p. 194.

hen inneemt is ronduit ongeïnteresseerd, zelfs cynisch. ‘Capricious’ zou het Hof zeggen. Het oordeel van de Hoge Raad uit 2009 is met dit alles achterhaald.”⁵⁶

Er is recent particulier initiatief in de vorm van Forum humane tenuitvoerlegging levenslange gevangenisstraf en de Stichting Forum TBS. De aanleiding voor de oprichting van het Forum Levenslang was de forse stijging van het aantal opleggingen van levenslange gevangenisstraf én de wijziging van het beleid rond de tenuitvoerlegging van deze gevangenisstraf. Door die wijziging veranderde de levenslange straf van een straf die kon eindigen met een voorwaardelijke invrijheidstelling indien dat uit oogpunt van veiligheid mogelijk was, in een straf die – in de ogen van latere bewindslieden – in beginsel daadwerkelijk levenslang zou moeten duren. Het Forum heeft als doelstelling zowel het voorkomen van detentieschade als het perspectief op detentieschade.⁵⁷ Stichting Forum TBS kent als adagium ‘Voor een veilige én menselijke samen – leving’. Centraal staat de overtuiging dat een veiliger samenleving gebaat is bij niet enkel vergelding, maar een menselijke behandeling van zieke delinquenten. Een andere overtuiging is ‘zonder TBS heeft Nederland levenslang’.⁵⁸

Een aanvullende invalshoek is dat de mate van beschaving en van progressiviteit van een natie zich in de eerste plaats weerspiegelt in de status van de gevangenistoestanden.⁵⁹ Aan de vooravond van de oprichting van de Rekkense Inrichtingen werd gesproken over “de noden van zwakzinnige en geestelijk gestoorde mensen, die niet thuishoorden in een gevangenis, maar in een zorgzame omgeving opgevangen moesten worden.”⁶⁰

De andere kant van de rechtspositie van de terbeschikkinggestelde, te zien als een kans voor de patiënt op ‘beschaafd niveau’ te antwoorden op de aangeboden behandelkans, is het nemen van verantwoordelijkheid voor het delict. Er is sprake van een toenemende aandacht voor slachtoffers en nabestaanden. Het forensisch psychiatrisch centrum werkt om de belangen van de slachtoffers duidelijk te krijgen nauw samen met Informatiepunt Detentieverloop (IDV) en Slachtofferhulp Nederland (SHN). De samenwerking is vervat in een stroomschema waarin Slachtofferhulp Nederland het contact aangaat met slachtoffer(s) en of nabestaanden.⁶¹ Per 1 januari 2014 geldt een nieuw format voor de verlofaanvraag ten behoeve van terbeschikkinggestelden of anderszins verpleegden. Hierin is een nieuwe slachtofferbox opgenomen. Forensisch psychiatrische centra geven daarin gedetailleerde informatie ten aanzien van de verblijfplaats en de behoeften van een slachtoffer.⁶²

De aandacht voor slachtoffer en nabestaanden is niet nieuw. FPC Oldenkotte kent in dat opzicht een lange traditie waarbij hoofden behandeling of maatschappelijk werkers

⁵⁶ Van Hattum 2013, p. 1962.

⁵⁷ Zie www.forumlevenslang.nl.

⁵⁸ Uit programmablad TBS: de moeite waard! Symposium Forum TBS 3 november 2011.

⁵⁹ Kelk 2004 a, p 274.

⁶⁰ Broeke ten 2003, p. 3.

⁶¹ Slachtofferonderzoek bij verlofaanvragen tbs, Dienst Justitiële Inrichtingen, Afdeling Corporate Communicatie 2012, p. 5.

⁶² Jaarverslag 2013, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, p.20.

voorzichtig rechtstreeks of via een huisarts contact legden met slachtoffers of nabestaanden. Het resultaat kon zijn dat een patiënt geen verlof kreeg naar een locatie in de omgeving van het slachtoffer. Dit leverde tevens een bijdrage aan de behandeling en de toetsing. Niet alle patiënten bleken in staat voldoende empathie, later evenals het nemen van verantwoordelijkheid voor het delict een erkende risicofactor in het risicotaxatie-instrument HKT-30, voor het slachtoffer op te brengen.

Het belangrijke verschil is dat de belangen van slachtoffers nu echter standaard en systematisch aandacht krijgen in het format van de verlofaanvraag. De aandacht kan daarmee niet meer wegzakken vanwege bijvoorbeeld een crisis in een kliniek of mutaties bij de behandelaars en moet aan bepaalde standaards voldoen. Slachtofferonderzoek is verplicht, dit is “een analyse van mogelijke gevolgen en veiligheidsrisico’s van verlofverlening aan een ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde voor het slachtoffer of zijn omgeving.”⁶³

“Het doel van het slachtofferonderzoek is om de voorgenomen verlofverlening in het perspectief van het slachtoffer te plaatsen en eventuele risico’s voor slachtoffers in kaart te brengen. Niet alleen de belangen van het slachtoffer, maar ook die van zijn naaste omgeving worden in het onderzoek betrokken. Hierbij kan gedacht worden aan de belangen van nabestaanden of getuigen van het misdrijf (Memorie van toelichting, Verlofregeling tbs).”⁶⁴ In het slachtofferonderzoek hebben Slachtofferhulp Nederland (SHN), Informatiepunt Detentieverloop (IDV) en de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC’s) zorgvuldig op elkaar afgestemde taken. De werkgroep ‘TBS en slachtoffers’ waaraan verschillende partijen hebben deelgenomen waaronder medewerkers van verschillende forensisch psychiatrische centra, de Dienst Justitiële Inrichtingen, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, Slachtofferhulp Nederland en het Informatiepunt Detentieverloop en Slachtoffer in Beeld, heeft advies uitgebracht met een nadere uitwerking hoe het verlofformat vanuit het perspectief van het slachtofferschap te hanteren. Hiertoe zijn adviezen aan de boxen van de verlofaanvraag toegevoegd, dit om te voorkomen dat zoals eerder elk forensisch psychiatrisch centrum deze anders invult.⁶⁵

In het kader van een evenwichtig strafproces, waarbij nog niet de tenuitvoerleggingsfase is betrokken, wordt gesteld: “Verder moet het standpunt worden onderschreven dat aan slachtofferrechten geen absoluut karakter toekomt en dat zij derhalve moeten worden afgewogen tegen andere in het geding zijnde belangen. Iets scherper en vanuit het perspectief van de verdachte geformuleerd: mensenrechtelijke waarborgen van de verdachte – zoals het recht op een eerlijk proces – mogen niet opzij worden gezet ten gunste van de belangen van het slachtoffer.”⁶⁶ Kijkend naar de adviezen die aan de boxen

⁶³ Art. 1 lid f Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 24 december 2010, nr. 5679537/10/DJL.

⁶⁴ Slachtofferonderzoek bij verlofaanvragen tbs, Dienst Justitiële Inrichtingen, Afdeling Corporate Communicatie 2012, p. 6.

⁶⁵ Slachtofferonderzoek bij verlofaanvragen tbs, Dienst Justitiële Inrichtingen, Afdeling Corporate Communicatie 2012, p. 3–4.

⁶⁶ Kooijmans 2011, p. 29.

van de verlofaanvraag zijn toegevoegd lijken deze ook passend bij een evenwichtige benadering. Er worden in de adviezen termen gebruikt als ‘afwegen’, ‘tussen het belang van’, ‘in alle redelijkheid’ en ‘onnodige belemmeringen in de re-integratie’.

In het verlengde en ter verdieping van een samenwerkingsvorm als in de werkgroep ‘TBS en slachtoffers’ kan gebruik gemaakt worden van het pleidooi victimologie als academisch werkveld en victimologie als belangenbehartiging van slachtoffers elkaar te laten inspireren en verder te helpen. Victimologie zou dan als actiegerichte wetenschap de effectiviteit van interventies als geïnitieerd in de werkgroep kunnen verhogen en de kans op ongewenste effecten verkleinen. Gesteld wordt: “Het verbeteren van de situatie van mensen die zijn getroffen door misdrijven kan nooit een substituut zijn voor strikte standaarden van wetenschappelijk onderzoek; het is wel een bonus voor hen die in staat zijn deze standaarden in acht te nemen.”⁶⁷

1.6 Dader en de terbeschikkingstelling

Vanzelfsprekend wordt de populatie van terbeschikkinggestelden gekenmerkt door een psychische stoornis, een voorwaarde om een dwangverpleging opgelegd te kunnen krijgen. De verdeling binnen de populatie verpleegden in 2013 op basis van een persoonlijkheidsstoornis afgezet tegen een psychotische stoornis is 67 tegen 33% (over de periode 2009 – 2013 gemiddeld respectievelijk 65 tegen 35%). Het percentage van de patiënten met een intelligentie quotiënt lager dan 80 is dan 33% (over de periode 2009 – 2013 gemiddeld 26%).⁶⁸ Onderzoek onder 801 terbeschikkinggestelden uit verschillende forensisch psychiatrische centra laat tevens zien dat 70% voor hun achttiende levensjaar slachtofferschap heeft meegemaakt. Van de 70% was 30% slachtoffer van chronische verwaarlozing en incidentele mishandeling en 21% van chronische verwaarlozing en systematische mishandeling. Onder niet-slachtoffers vinden we minder gedragsproblemen, minder werk- en schoolproblemen, betere vaardigheden en meer sociale steun dan onder slachtoffers.⁶⁹

De kijk op de achtergrond van het ouderschap kent de nodige dynamiek. Ter illustratie is bijvoorbeeld de dader in het geval van seksueel misbruik in de jaren na de Tweede Wereldoorlog gewoon dader, en wel met een geestesstoornis. Later kwam het accent te liggen op ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen, niet seks maar macht was de motor achter ouderschap. Vervolgens kwam de systeemtheorie op waarbij het ouderschap in het extreme gezien kon worden als de beste oplossing binnen het gezinssysteem. Vanaf de jaren ‘90 worden de ouders van zedendelicten vooral op basis van cognitieve gedragstherapie behandeld. Dit vindt plaats door het uitdagen van negatieve cognitieve schema’s die uitlokken tot het plegen van seksueel misbruik, of het in een zo vroeg mogelijk stadium leren ingrijpen in misbruikketens. Schema's zijn cognitieve

⁶⁷ Van Dijk, Groenhuijsen & Winkel 2007, p. 26.

⁶⁸ Forensische zorg in getal 2009 – 2013.

⁶⁹ Factsheet Tilburg University, S. Bogaerts, M. Spreen, Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden, 30 mei 2011, p. 2.

structuren die de basis vormen voor de wijze waarop iemand zijn ervaringen interpreteert. Wat duidelijk wordt is in de eerste plaats dat er in het algemeen geen sprake kan zijn van monocausaal verband. Het gaat om méér risicofactoren tegelijk, die zowel een biologische, psychologische als socioculturele achtergrond kunnen hebben. Deze factoren komen samen in het biopsychosociaal model.⁷⁰

Toegepast op de forensische psychiatrie houdt dit een samenhangende, multidisciplinaire aanpak in om de biologische, psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op de forensisch psychiatrische problematiek in kaart te brengen en te behandelen. Afhankelijk van de aard van de problematiek kunnen dan interventies om tot een aanvaardbaar delict risico te komen aangrijpen op de factoren uit deze domeinen. Zo kan men ingrijpen met medicatie, maar kan men ook werken aan iemands gebrekkige copingvaardigheden en negatieve zelfbeeld. Daarnaast kan men ingrijpen in gebieden als werk, sociaal netwerk, financiën en huisvesting. Dit alles heeft zowel betrekking op de diagnose, risicotaxatie en evaluatie als op de behandeling en resocialisatie.⁷¹ Een model is ook van belang om tot diagnostiek, voorspelling en behandeling te kunnen komen. Voor een accurate voorspelling van de risico's is een groot aantal variabelen vereist. Het interdisciplinaire biopsychosociale model is geschikter dan monocausale verklaringen voor (seksueel) afwijkend gedrag. Daarnaast wordt het sterk aanbevolen om naast de scores ook goed te kijken naar extra bevindingen die clinici aandragen.⁷²

1.7 Maatschappij en de terbeschikkingstelling

In de loop van de historie is er in en rond de sector veel veranderd, al of niet in wisselwerking met de ontwikkelingen in de wetgeving. Bij aanvang van de terbeschikkingstelling van de regering (tbr) was er bijvoorbeeld nog sprake van een sterke verzuiling in Nederland. Dit leidde tot particulier initiatief vanuit de verschillende achtergronden. Voor de protestantse Vereniging Rekkense Inrichtingen (VRI) waartoe vanaf 1929 de tbr-kliniek Oldenkotte behoorde, werd bijvoorbeeld nog gecollecteerd.⁷³ De populatie kende nog fietsendieven, landlopers en oplichters. De behandelduur was over het algemeen kort, de beveiliging beperkt.

De verandering in de populatie terbeschikkinggestelden wordt goed geïllustreerd door de verschuiving die tussen 1961 en 1982 plaatsvindt. Ondanks het feit dat in die periode het aantal opleggingen terugliep van 345 naar 81 steeg het aantal opleggingen op basis van agressieve delicten van 31 naar 40. Het aantal opleggingen op basis van vermogensdelicten daalde van 178 naar 17 en het aantal op basis van zedendelicten van 127 naar 21. Het aantal opleggingen op basis van overige delicten, waaronder belediging van een ambtenaar

⁷⁰ Bullens 2005, p. 11; De Haas 2006, p. 69.

⁷¹ EFP, Basis Zorgprogramma, Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten, versie 1.2, 3 januari 2013, p. 16.

⁷² Brand & Diks 2001, p. 700.

⁷³ Broeke ten 2003, p. 28.

in functie, landloperij, bedelarij en souteneurschap, was gedurende deze periode al beperkt en laat geen duidelijke trend zien.⁷⁴

De eerste particuliere tbr-klinieken waren open inrichtingen. FPC Oldenkotte kende tot de bouw van de huidige kliniek in 1990 ten behoeve van de zwaarst beveiligde afdeling een luchtplaats met een hek van ongeveer twee en een halve meter hoogte. Het bovenste deel bestond uit een Y-vorm met parallel aan elkaar lopende rijen prikkeldraad. Voor een enigszins vitale patiënt bleek dit nauwelijks een belemmering. Het rijksasiel te Leiden kende een sterkere beveiliging. FPC Veldzicht was oorspronkelijk een rijksopvoedingsgesticht voor jongens, en is na de invoering van de ‘psychopathenwet’ omgevormd tot een ‘rijksasiel voor psychopathen’.⁷⁵ In de praktijk resulteerde de openheid er in dat het begin jaren negentig bijvoorbeeld nog mogelijk was met de patiënten van een beveiligde afdeling onder begeleiding van Rekken naar de Canadese oorlogsbegraafplaats te Holten te fietsen of gezamenlijk de Berkel af te varen met kano’s. Maar ook heeft een voetbalteam bestaande uit een mix van patiënten en personeelsleden, soms aangevuld met bewoners uit de omgeving, jarenlang aan de competitie deelgenomen. En ook bijvoorbeeld FPC Veldzicht kende als Rijkskliniek externe groepsactiviteiten. De terugloop van het aantal verlofmarges en de beperking van de ruimte als het gaat om groepsverloven hebben er aan bijgedragen dat de genoemde activiteiten gestaakt zijn.

Het klimaat in de samenleving in relatie tot de terbeschikkingstelling is veranderd. Er is de roep om 100% veiligheid. Incidenten worden breed uitgemeten in de media. Om iets over de dynamiek rond het veiligheidsdenken aan te geven wordt wel gesproken van ‘Media logica’. Het betreft een model op basis waarvan de verhouding tussen burgers, overheid en media wordt beschouwd als een driehoeksrelatie. Tussen deze drie hoeken bevindt zich dan het speelveld van het publieke domein, bestaande uit politieke instituties, media-instituties, maatschappelijk middenveld en professionele organisaties.⁷⁶ “Een duidelijke verandering in het denken in de afgelopen decennia betreft die van een dadergericht correctieperspectief naar een veiligheidsgericht controleperspectief. Sinds de jaren tachtig is binnen de strafrechtspleging de veiligheid van de samenleving sterker op de voorgrond komen te staan. Daders worden minder gezien als subjecten met belangen en rechten (bijvoorbeeld op resocialisatie), en meer als objecten die ter bescherming van de maatschappij onder controle gebracht moeten worden.”⁷⁷

Een belangrijke gebeurtenis in de recente geschiedenis van de terbeschikkingstelling is het parlementair onderzoek in 2006 onder voorzitterschap van drs. A.P. Visser. De aanleiding bestond er uit dat “Op 7 juni 2005 ontsnapt de terbeschikkinggestelde Willem S. tijdens verlof aan het toezicht van zijn begeleider. Wanneer kort daarna een moord op een bejaarde Amsterdamse man in verband wordt gebracht met hem, zijn politiek en media in rep en roer. Het is in een jaar tijd de tweede keer dat een tbs’er ontsnapt en vervolgens een ernstig misdrijf pleegt. De minister van Justitie wordt ter verantwoording

⁷⁴ Hofstee 1987, p. 561.

⁷⁵ TBR NPO Geschiedenis, Andere tijden, 13 januari 2004, VPRO.

⁷⁶ RMO 2006, p. 15.

⁷⁷ RMO 2006, p. 19.

geroepen door de Tweede Kamer. Net als de vorige keer wordt een motie van afkeuring ingediend wegens het falende tbs-beleid. Deze krijgt ook nu geen meerderheid, maar een ruime meerderheid van de Tweede Kamer besluit op 16 juni 2005 tot een parlementair onderzoek omdat 'het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen'.⁷⁸ De conclusie van het parlementair onderzoek is dat het tbs-stelsel niet hoeft te worden herzien, maar wel op een aantal punten moet worden aangepast. Deze aanpassingen zijn van juridische, beleidsmatige en praktijkgerichte aard.⁷⁹ Later in dit onderzoek wordt nader ingegaan op beleidsconsequenties van het parlementair onderzoek.

1.8 Samenvatting

De terbeschikkingstelling onderscheidt zich in menig opzicht van de enkelvoudige strafoplegging. Over de mate waarin er sprake is van verschil of overlap, ook als het gaat om de doelen, is discussie. Een bijzonder aspect van de terbeschikkingstelling is de mate van toerekeningsvatbaarheid. En ook hierover is verschil van mening, gevoed vanuit verschillende disciplines. Er is bijvoorbeeld vanuit de filosofie de vraag naar de relatie tussen het begrip vrije wil en toerekeningsvatbaarheid. De beperkingen of grenzen aan de mogelijkheden van de terbeschikkingstelling blijken uit het bestaan van de longstay. De moeite vorm te geven aan de terbeschikking blijkt ook uit de historie. Wetgeving ontwikkelt zich, de populatie verandert, het aantal terbeschikkinggestelden fluctueert sterk, de ontwikkeling van deskundigheid op het vlak van inschatting van risico's maakt ook duidelijk wat de beperkingen zijn, de terbeschikkingstelling staat onder invloed van een toenemend veiligheidsdenken, wat ook invloed heeft op de manier waarop naar het daderschap gekeken wordt. Maatschappelijk gezien lijkt de terbeschikkingstelling eerder een smet op de samenleving dan een aanleiding trots te zijn op de eigen beschaving. Parlementair onderzoek heeft echter geleid tot de conclusie dat het stelsel niet hoeft te worden herzien, maar wel op een aantal punten aangepast.

⁷⁸ Commissie Visser 2006, p. 8.

⁷⁹ Commissie Visser 2006, p. 108, 109.

Hoofdstuk 2 Het onderzoek

Voorafgaand aan de doelstelling wordt eerst een beeld geschetst van de kwaliteitsslagen die leden van de sector hebben gemaakt. Hierbij wordt speciaal ingezoomd op FPC Oldenkotte. Vervolgens worden enkele kernbegrippen nader gedefinieerd en wordt de werkwijze weergegeven. Tot slot wordt de verdere opbouw van de dissertatie weergegeven.

2.1 Optimalisatie en sub-optimalisatie van de terbeschikkingstelling

De klinieken hebben actief bijgedragen aan de verbetering van de sector. Het aantal onttrekkingen is fors teruggebracht, een aantal repressieve maatregelen van het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft daar in hoge mate aan bijgedragen. In FPC Oldenkotte is in 2009 besloten de behandelduur terug te brengen.⁸⁰ De forensisch psychiatrische centra komen in 2010 met een gezamenlijke notitie.⁸¹ In deze notitie wordt bij de aanhef het volgende gesteld: “Directe aanleiding is het feit dat de uitvoering van de aanbevelingen van de Commissie Visser tot onbedoelde neveneffecten heeft geleid. Denk hierbij aan de toegenomen behandelduur, het niet of veel te traag verlenen van verlof, patiënten die onvoorbereid en onbehandeld in de samenleving terugkeren na enkelvoudige gevangenisstraf (zoals die opgelegd kan worden aan een observatie weigerende verdachte) of na een contraire beëindiging van een strafrechtelijke maatregel en de toename van longstay, zowel in aantal als in duur, waardoor wel wordt gesproken van verkapt levenslang. Deze neveneffecten belemmeren op dit moment het op zich goed functionerende forensisch psychiatrische systeem.”

Eén van de oplossingsrichtingen die in de notitie genoemd wordt is het vastleggen van richtlijnen betreft het verloftraject, te weten: binnen 12 maanden het aanvragen van begeleid verlof, binnen 30 maanden van onbegeleid verlof en binnen 54 maanden van transmuraal verlof. Het niet halen van de norm moet dan bij de kliniek tot discussie leiden. Ook wordt gepleit voor de hantering van een globale prognose van de intramurale behandelduur, bijvoorbeeld drie, zes of negen jaar. Deze zou dan een belangrijke plaats moeten krijgen in het verlengingsadvies. Beide notities leidden niet vanzelfsprekend tot nadere formulering en uitvoering van beleidsinterventies die de behandelduur omlaag (kunnen) brengen.

Het aantal weigerende observandi is gegroeid (zie par. 3.1.8). Voor de rechter is het indien een verdachte weigert mee te werken aan het onderzoek pro Justitia moeilijker een terbeschikkingstelling op te leggen. Het effect is dat een aantal potentiële terbeschikkinggestelden geen combinatievonnis opgelegd krijgt, maar een enkelvoudige strafoplegging. Dit kan een van de redenen zijn voor de sterke afname van het aantal opleggingen. Mede daarom kan de vraag gesteld worden, zoals ook verondersteld wordt in

⁸⁰ FPC Oldenkotte, ‘Perspectief Oldenkotte 2010 – 2011’, 2009.

⁸¹ LBHIV/ODO 2010.

de notitie van het LBHIV/ODO, of er een categorie gestraften in de penitentiaire instellingen verblijft of heeft verbleven die nu en later onvoldoende voorbereid, onbehandeld en met een onverantwoord hoog recidiverisico in de samenleving terugkeert.

Wordt de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de sector terbeschikkingstelling ruimer genomen dan zoals deze is beschreven in par. 1.4 en de effectiviteit van de behandeling erkend, dan is het niet mogelijk de ogen te sluiten voor de kans dat de sterke krimp van het aantal verpleegden buitenproportioneel is omdat een categorie daders, die in principe in aanmerking kwam voor behandeling binnen de maatregel terbeschikkingstelling, deze niet opgelegd kreeg en na detentie onbehandeld terug kon of zal keren in de maatschappij.

De politiek, de rechterlijke macht, de directie forensische zorg, de verlofunit, het adviescollege verloftoetsing tbs en de klinieken, ook in combinatie met de reclassering, fpa's, ribw's en andere ketenpartners, werken ieder op een eigen manier aan de verbetering van hun product. Opgeteld mag echter verondersteld worden dat de kans dat het aantal vermijdbare ernstige recidives door de huidige inspanningen eerder toe dan af is genomen, groot is: optimalisatie van delen lijkt tot sub-optimalisatie van het geheel te leiden.

2.2 FPC Oldenkotte, crisis en stabilisatie

Een bestuurscrisis leidde nadat de ondernemingsraad het vertrouwen in de raad van bestuur had opgezegd in 2008 tot het vertrek van de toenmalige directie van de stichting Oldenkotte. Een directeur a.i. heeft tot aan begin 2010 leiding gegeven aan de stichting Oldenkotte. Deze is begin 2010 opgevolgd door een eenhoofdige raad van bestuur. FPC Oldenkotte kende naast de bestuurscrisis ernstige problemen in de organisatie. In- en extern onderzoek na een ernstig schietincident in 2007 en een geweldsincident tijdens een in 2008 onterecht verleend verlof maakten dit duidelijk.⁸² Het laatste incident was de directe aanleiding voor DForZo over te gaan tot een opnamestop die in 2009 stapsgewijs is afgebouwd.⁸³

Ter stimulering van het herstel van FPC Oldenkotte zijn op initiatief van DForZo eind 2008 op basis van doelen uit het jaarplan 2009 gezamenlijk tien speerpunten geformuleerd die zouden moeten leiden tot concrete verbeteringen. Afhankelijk van de mate van verbetering stond daar een financiële tegemoetkoming tegenover van maximaal twee miljoen euro, geld dat de stichting Oldenkotte gezien de toenmalige financiële positie hard nodig had. De speerpunten betroffen onder andere het verzuim, HKZ-certificering, niet vrijblijvende samenwerking met een ggz-instelling, het separeergebruik, de interne verlofprocedures, suïcidepogingen, automutilaties en invulling geven aan de adviezen van

⁸² Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2008, par. 3.1, 3.3; Inspectie voor Santietoepassing, *FPC Oldenkotte Inspectierapport*, mei 2007; Goossens & Caglayan, *Oldenkotte. Intern onderzoek*, 27 maart 2007; Inspectie voor Santietoepassing, *FPC Oldenkotte Inspectierapport Doorlichting*, november 2008.

⁸³ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2009, par. 2.3.2.

de inspecties. Aan de speerpunten waren concrete prestaties gekoppeld.⁸⁴ De evaluatie over 2009 leidde tot de vaststelling dat alle doelstellingen waren gehaald.⁸⁵

FPC Oldenkotte kende in het jaarplan 2011 bij aanvang van het onderzoek naast de reguliere doelstellingen op basis van de prestatie-indicatoren van DForZo in de lijn van het eerdere initiatief een tiental speerpunten. Voorbeelden hiervan zijn dat alle individuele verloftrajecten van begeleid verlof tot en met proefverlof vooraf vastgelegd dienden te worden, de gemiddelde bezetting van de separeers omgerekend naar een bezetting van honderd patiënten maximaal 0,5 mocht zijn op jaarbasis, het aantal onttrekkingen op jaarbasis maximaal twee en het aantal gewelddadige incidenten diende te dalen met 25%. Tevens diende een jaar na opname begeleid verlof te zijn aangevraagd. Het hiervan afwijken was toegestaan, maar uitsluitend gemotiveerd. Het aantal patiënten met transmuraal verlof diende beperkt te worden tot negen, van wie maximaal vijf bij een onderaannemer in een forensisch psychiatrische afdeling (fpa), dit laatste door een actieve uitstroom naar proefverlof. Een aantal speerpunten was direct gekoppeld aan het terugdringen van de behandelduur, andere zoals het beperken van het aantal patiënten met transmuraal verlof indirect.⁸⁶

De zich vanaf eind 2008 stabiliserende organisatie in combinatie met de ontwikkelde dynamiek op basis van de speerpunten maakte de periode vanaf 2009 geschikt voor onderzoek. Het besluit in maart 2013 FPC Oldenkotte te sluiten per 1 januari 2015 heeft op een aantal vlakken zijn schaduw dermate vooruit geworpen dat vanaf 2013 een aantal indicatoren aan zeggingskracht heeft ingeboet.

2.3 Doel- en vraagstelling van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek is de sector terbeschikkingstelling handvatten te verschaffen om de terbeschikkingstelling te optimaliseren, hetgeen kan leiden tot een proportionele behandelduur en een geloofwaardige terbeschikkingstelling.

De centrale vraagstelling is hoe de behandelduur en de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling te optimaliseren.

De eerste vraag is in hoeverre er sprake is van een niet optimale behandelduur en geloofwaardigheid. Vervolgens is de vraag van welke factoren de behandelduur en de geloofwaardigheid als afhankelijke variabele zijn te beschouwen. De daarop volgende vraag is in hoeverre deze factoren zijn te optimaliseren opdat ze een maximale bijdrage aan de daling van de behandelduur en de toename van de geloofwaardigheid leveren.

⁸⁴ Brief Staatssecretaris van Justitie, Stimuleringsafspraken/Rapportage IST/Functieprofiel, 29 december 2008.

⁸⁵ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2009, par. 4.2.

⁸⁶ Jaarplan Stichting Oldenkotte 2011, hfst. 9.

2.4 Geloofwaardigheid

In de discussie rond de krimp van de sector terbeschikkingstelling wordt regelmatig gesproken over het gebrek aan vertrouwen in, of de geloofwaardigheid van de sector. In deze paragraaf wordt eerst aan de hand van de praktijk ingegaan op variabelen die voor de geloofwaardigheid van de sector mogelijk van belang zijn en hoe over geloofwaardigheid of vertrouwen gesproken wordt. Vervolgens wordt aan de hand van wetgeving gezocht naar invalshoeken die mogelijk van belang zijn voor de geloofwaardigheid. Tot slot wordt op basis van deze oriëntatie het begrip geloofwaardigheid uitgewerkt, dit in relatie tot de doelstelling.

2.4.1 Geloofwaardigheid op basis van de praktijk

Het effect van de terbeschikkingstelling met dwangverpleging op het recidiverisico is aangetoond. De recidive bleek op basis van onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) de helft lager te liggen dan bij volwassenen die louter een gevangenisstraf hadden uitgezeten.⁸⁷ Het percentage voor algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) binnen twee jaar na ontslag blijkt na onderzoek onder 557 ex-terbeschikkinggestelden uit te komen op 22,8%.⁸⁸ Het aantal onttrekkingen is sterk gereduceerd, van 104 geregistreerde onttrekkingen in 2000 naar een minimum van 23 in 2009.⁸⁹ De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt)⁹⁰ kwam tot de conclusie dat nagenoeg alle forensisch psychiatrische centra geheel of grotendeels voldeden aan relevante criteria met betrekking tot de rechtspositie en bejegening van terbeschikkinggestelden, de interne veiligheid, de maatschappijbeveiliging en enkele organisatorische aspecten.⁹¹ De kwaliteitscertificaten, het behalen van een certificaat was een eis van DForZo, waren behaald. En ook was het percentage positieve adviezen door het adviescollege verloftoetsing terbeschikkingstelling (AVT) bijvoorbeeld in 2009 al 87,2%, exclusief het na-ijlende percentage op basis van de 6,3% aanhoudingen.⁹² De risicotaxatie-instrumenten hebben aan belang gewonnen bij het bepalen van het recidiverisico. Een aantal specifieke risicofactoren zijn een vast onderdeel geworden van de verlofaanvraag en het verlengingsadvies (zie par. 5.3.12). Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) beheert de Landelijke Databank Risicotaxatie tbs (zie par. 5.3.14). Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten heeft daarom tot gevolg dat de begin- en eindscores van de terbeschikkinggestelden, en het verloop van de risicofactoren vastliggen.

De hoofdvraag van de commissie Visser was gebaseerd op de motie van Wolfsen en Weekers die tot het parlementair onderzoek leidde. Zij stelden dat “het tbs-stelsel in zijn

⁸⁷ Verhagen 2005, p. 250.

⁸⁸ Wartna, e.a. 2014, p. 6.

⁸⁹ Bron: Management Informatie Portaal DforZo (MIP).

⁹⁰ De Inspectie Veiligheid en Justitie bestaat sinds januari 2012. Ze is ontstaan uit een samenvoeging van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie voor de Sanctietoepassing. In 2014 zijn de taken van de Commissie Integraal Toezicht Terugkeer bij de Inspectie ondergebracht.

⁹¹ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2009, p. 51.

⁹² Adviescollege Verloftoetsing TBS, Jaarverslag 2009, p. 9.

huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen tegen mensen die na behandeling opnieuw ernstige misdrijven plegen”.⁹³ De vraag waar de commissie voor stond was, of het huidige tbs-stelsel voldoende robuust was om de 21e eeuw in te gaan of dat het onvoldoende veiligheidsgarantie zou bieden en het in zijn geheel op de schop zou moeten. De conclusie: “Naar het oordeel van de commissie zijn de uitgangspunten en doelstellingen van het tbs-stelsel niet achterhaald, maar dient er wel degelijk een reeks aanpassingen binnen het stelsel te worden aangebracht c.q. voornemens te worden uitgevoerd. De ‘huidige vorm’, waarover Wolfsen en Weekers spraken, dient naar de mening van de commissie te worden aangepast teneinde de maatschappij beter te beschermen. Die noodzakelijke aanpassingen zijn van juridische, beleidsmatige en praktijkgerichte aard.”⁹⁴ De aanbevelingen, dertien gericht op de terbeschikkingstelling en vier op forensische zorg in strafrechtelijk kader, zijn overgenomen in het ‘Plan van aanpak Terbeschikkingstelling en Forensische zorg in strafrechtelijk kader’ onder verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie.⁹⁵ De Tweede Kamer is vervolgens door middel van voortgangsrapportages elk half jaar over de uitvoering van het plan van aanpak geïnformeerd.

Naast deze kwaliteitsslagen was er echter sprake van een sterk toegenomen gemiddelde behandelduur. De verwachtingswaarde van de behandelduur voor een nieuwe potentiële terbeschikkinggestelde diende tot voor kort elk jaar naar boven bijgesteld te worden. De respectievelijke publicaties laten in 2005 een beeld zien waarin de behandelduur op basis van uitgestroomde jaargangen tussen 1990 en 2003 oploopt van 4,2 jaar naar 7,0 jaar, in 2006 wordt duidelijk dat de behandelduur in 2005 doorgegroeid is naar 7,4 jaar, waarna in 2009 de behandelduur in 2008 verder gestegen blijkt te zijn naar 8,4 jaar. Bij de laatste publicatie wordt er aan toegevoegd dat de meest recente verblijfsduur op basis van instroomcohorten (gecorrigeerd voor passantenduur) uitkomt op circa 9,5 jaar.⁹⁶ In 2014 en 2015 zijn voor het eerst voor instroomcohorten eerste opnames duidelijk kortere behandelduren gemeten, te weten voor het cohort 2005 een gemiddelde behandelduur van 8,4 jaar en voor het cohort 2006 precies 8,0 jaar.⁹⁷ De publicatie in 2008 laat een stijging zien van een gemiddelde longstaycapaciteit van 60 in 2003 naar 186 in 2008.

Een behandelduur van negen jaar staat vanwege de voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) gelijk aan een strafoplegging van dertien en een half jaar. Daarnaast weegt voor de terbeschikkinggestelde in het geval van een combinatievonnis (zie par. 1.1) de strafoplegging mee, de passantentijd, het proefverlof, de voorwaardelijke beëindiging en het risico op longstay. De behandelduur, gemeten over de instroomcohorten vanaf 1995, kent enige fluctuaties maar een structurele neerwaartse trend of harde signalen die daar op wijzen zijn echter tot heden niet waargenomen. Wellicht is de daling naar 8,0 jaar daarvan de voorbode.

⁹³ Commissie Visser 2006, p. 108.

⁹⁴ Commissie Visser 2006, p.108.

⁹⁵ Kamerstukken II 2006/07, 29 452, 48.

⁹⁶ Bron: TBS in getal 2005, 2006 en 2008.

⁹⁷ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit.

Op het moment van de voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling bevindt de terbeschikkinggestelde zich niet per definitie in de fase van proefverlof, ook is een eerdere fase mogelijk. Daarbij is er een groot verschil in de mate waarin de respectievelijke klinieken van proefverlof gebruik maken.⁹⁸ Het komt tevens voor dat een terbeschikkinggestelde op dat moment zelfs nog geen machtiging heeft, maar ook kan de betrokkene met transmuraal verlof of proefverlof zijn in een vervolginstelling terwijl op basis van de machtiging verlopen niet zijn toegestaan. Dit staat dan in de verleende machtiging beschreven, eventueel als fase in een stappenplan. Het is daarom van belang de gemiddelde behandelduur in relatie te zien met de mate waarin de respectievelijke machtigingen zijn doorlopen. De verdeling van de verlofmachtigingen over de terbeschikkinggestelden op het moment van de voorwaardelijke beëindiging kan daarbij mogelijk ook gezien worden als een indicatie voor de mate waarin er sprake is van resocialisatie. Een andere invalshoek is mogelijk de hantering van verschillende categorieën afdelingen, die zich onderscheiden door verschillen in de beperking van vrijheden. De begin- en eindscores van de risicotaxatie zijn ook te zien als een profiel dat indicatief is voor de risico's bij aanvang van de behandeling en vervolgens bij de voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling.

Het voornemen de behandelduur terug te brengen kan vastgelegd worden in een prognose. De hiervoor genoemde invalshoeken risicoprofiel, verloop van de machtigingen en de categorie afdeling kunnen ook opgenomen worden in een prognose. De trajectkaart (zie bijlage VIII: doelscore, door/uitstroom en machtiging verl) is in FPC Oldenkotte mede voor dit doel ontworpen. Een belangrijk aspect van het werken met een prognose is de verhoging van de transparantie naar alle betrokkenen in de strafrechtketen. En blijken afwijkingen op (deel)populatie niveau na verloop van enige tijd beperkt, dan is het wellicht mogelijk eerder iets te zeggen over positieve ontwikkelingen op deze vlakken.

De na 2004 ingezette daling van het aantal opleggingen en de daarop volgende krimp van de sector kent nog geen duidelijke bodem. Nadat vanaf 2010 de daling van het aantal opleggingen op het niveau van iets boven de 100 lijkt te stagneren, daalt het aantal medio 2013 plots weer verder tot 87 (zie par. 3.1.1). Het is de vraag of zich tot 2004 een stijging van het aantal opleggingen heeft voorgedaan die op basis van bijvoorbeeld de ontwikkeling van het aantal ernstige delicten en het percentage verdachten met een stoornis verwacht had mogen worden. Het kan ook dat er sprake is van een inhaalslag in die zin dat eerder te weinig gebruik gemaakt is van de maatregel terbeschikkingstelling en toenemend gebruik is gemaakt van de ruimte die de wet biedt. De daarop volgende daling overtreft de stijging echter in hoge mate.

Het belangrijkste bespreekpunt van de werkconferentie 'Recht & tbs', waar op uitnodiging van DForZo vertegenwoordigers uit de gehele sector aanwezig waren, was op welke wijze het vertrouwen in de tenuitvoerlegging van de maatregel terbeschikkingstelling zou kunnen worden vergroot, vanuit de overtuiging dat de terbeschikkingstelling een waardevol systeem is om te behouden. De thema's zijn de behandelduur, dilemma's tijdens

⁹⁸ Bron: MIP; MITS.

de verlengingszitting en longstay.⁹⁹ Forum TBS organiseerde een symposium ‘TBS: de moeite waard!’. Het Forum TBS stelt dat het stelsel en het publieke gesprek erover vastlopen en vraagt hoe het systeem weer vlot te trekken.¹⁰⁰ De heer Marcouch (PvdA) stelt in het algemeen overleg van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie in overleg met Staatssecretaris Teeven van Veiligheid en Justitie: “Omdat dit systeem zo belangrijk is en uniek in ons land, moeten wij ook de geloofwaardigheid ervan bewaken door, als er incidenten zijn, die goed te onderzoeken”, en tevens: “Transparantie vind ik van belang voor de legitimiteit, voor het gezag en voor de geloofwaardigheid van het systeem.”¹⁰¹

Ook wordt geconcludeerd dat het vertrouwen in de terbeschikkingstelling in de gehele strafrechtketen is afgenomen. Op basis daarvan wordt gesteld dat dit zich uit “in minder aanvragen voor onderzoek, minder medewerking van verdachten, minder tbs-adviezen en uiteindelijk ook minder opleggingen van tbs met bevel tot verpleging door de rechter.”¹⁰²

Vanuit een praktische invalshoek zou gesteld kunnen worden dat er weer sprake is van een voldoende geloofwaardigheid van de sector, tenslotte is de krimp een belangrijke katalysator van de discussie, als er geen capaciteit meer afgebouwd hoeft te worden of dat er in ieder geval weer sprake is van een belangrijke stijging van het aantal opleggingen. Deze indicatoren zijn echter niet meer dan symptomen van de problematiek. Daarbij is het ook de vraag of en in hoeverre een herstel van de geloofwaardigheid leidt tot een stijging van het aantal opleggingen.

2.4.2 Geloofwaardigheid op basis van de terbeschikkingstelling

Ook voor de terbeschikkingstelling geldt de eis van legitimiteit. De oplegging dient overeenkomstig de wetgeving te zijn en aanvaard. De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming stelt dat: “Dit beginsel garandeert dat er algemene regelgeving is in plaats van alleen incidentele beslissingen, zet aan tot gemotiveerde en weldoordachte beleidsvorming en garandeert democratische betrokkenheid.” En verder wordt gesteld dat de tenuitvoerlegging dient aan te sluiten bij de doelstelling van de sanctie, maar ook binnen de grenzen daarvan te blijven. Met betrekking tot de terbeschikkingstelling betekent dit volgens de Raad dat “Zo heeft een maatregel als tbs of pij (naast de beveiliging van de maatschappij) een behandel doel, dat de vrijheidsstraf mist. In een gevangenisstraf past het daarom niet dat de ingeslotene ‘tot ander gedrag wordt gebracht’, tenzij hij dat zelf wil. De tbs of pij daarentegen wordt niet behoorlijk uitgevoerd, als geen of onvoldoende behandeling wordt geboden.” De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming wijst verder op het afleggen van verantwoording als een aspect van wettelijke tenuitvoerlegging. In het kader van bejegening wordt dan gesteld: “Voor het geheel van bejegening is de centrale overheid verantwoordelijk, voor beslissingen ten aanzien van de

⁹⁹ Werkconferentie Recht & TBS, vrijdag 8 november 2013, Lunteren.

¹⁰⁰ Forum TBS, Symposium Forum TBS, TBS: de moeite waard! 3 november 2011.

¹⁰¹ Kamerstukken II 2014/15 29452 181, 5 november 2014.

¹⁰² Muis & Van der Geest 2010, TBS uit de gratie, samenvatting en hoofdpunten p. 5.

individuele ingeslotene de directeur van de inrichting.”¹⁰³ In het kader van de vraag van welke typen recht en justitieoptreden, en/of van welke aspecten daarvan, wordt in het hedendaags sociaal-wetenschappelijk onderzoek de legitimiteit ter discussie gesteld valt op dat “instituten van justitie - zoals de IND, het gevangeniswezen (TBS) en onderdelen van de jeugdzorg - weliswaar volop in de belangstelling staan van de media, maar niet in wetenschappelijk onderzoek naar vertrouwen, tevredenheid en acceptatie.”¹⁰⁴

Recent is duidelijk geworden dat menig terbeschikkinggestelde onterecht langer dan vier jaar opgenomen was of dreigde te worden. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie berichtte: “In 59 TBS-dossiers waar de maatregel na vier jaar werd verlengd, is het de vraag of dat in de toekomst nogmaals mogelijk is. Bij nog eens 52 TBS-vonnissen duurt de maatregel nog geen vier jaar, maar is de vraag ook of verlenging nadien mogelijk is. Dat is de uitkomst van het onderzoek van de Taskforce TBS 2012 in opdracht van de Raad voor de Rechtspraak (RvdR). Het onderzoek was nodig na een uitspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) waarin werd bepaald dat een TBS-maatregel na vier jaar alleen kan worden verlengd als er sprake is van een geweldsdelict en dit ook uitdrukkelijk in het vonnis is gemotiveerd.”¹⁰⁵

De wet stelt: “De Minister van Justitie ziet erop toe, dat de ter beschikkinggestelde die van overheidswege wordt verpleegd de nodige behandeling krijgt. Hij kan met betrekking tot bepaalde verpleegden aan het hoofd van de inrichting bijzondere aanwijzingen geven in het belang van de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen.”¹⁰⁶ En verder stelt de wet “Indien de totale duur van de terbeschikkingstelling niet in tijd is beperkt, kan de termijn van de terbeschikkingstelling telkens worden verlengd, wanneer de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen die verlenging eist.”¹⁰⁷

De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden geeft aan dat terbeschikkinggestelden tijdens hun verpleging “aan geen andere beperkingen worden onderworpen dan die welke voor het doel van de vrijheidsbeneming of in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting voor verpleging van terbeschikking gestelden noodzakelijk zijn.”¹⁰⁸ En verder dient het hoofd van de inrichting er voor zorg te dragen dat “zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen drie maanden na binnenkomst van de verpleegde in de inrichting, zoveel mogelijk in overleg met hem, een verplegings- en behandelplan wordt vastgesteld.”¹⁰⁹ En “De verpleegde heeft recht op een

¹⁰³ Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, *Goed bejegenen. Beginselen voor het omgaan met ingesloten*. Versie 2010, p. 17.

¹⁰⁴ Weyers & Hertogh 2007, p. 101.

¹⁰⁵ Ministerie van Veiligheid en Justitie, Teeven reageert op rapport Taskforce TBS, Nieuwsbericht 30 januari 2013.

¹⁰⁶ Art. 37c lid 2 Sr.

¹⁰⁷ Art. 38e lid 3 Sr.

¹⁰⁸ Art. 2 lid 2 Bvt.

¹⁰⁹ Art. 16 lid 1 Bvt.

periodieke evaluatie door het hoofd van de inrichting van het verloop van de verpleging en behandeling. Deze evaluatie vindt ten minste eenmaal per jaar” plaats.¹¹⁰

Vervolgens is het hoofd van de inrichting ook bevoegd “een verpleegde af te zonderen of te separeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op een belang als bedoeld in artikel 32, eerste lid.”¹¹¹ Artikel 32 licht toe dat afzondering en separatie zijn toegestaan “indien dit noodzakelijk is met het oog op één van de volgende belangen: a. de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen; b. de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting; c. de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde.”

GGZ Nederland werkt aan het terugdringen van dwang & drang. De resultaten zijn terug te vinden in het onderzoeksrapport ‘Best practices rondom dwangreductie’. Het terugdringen van het separeergebruik is een belangrijk speerpunt van de ggz. Na afronding van een project van zes jaar wordt nog steeds gesteld: “Dwang en drang komt te vaak voor in de ggz. De impact van dwang en drangmaatregelen is groot. Ze tasten het gevoel van de veiligheid en het welzijn van patiënten ernstig aan.”¹¹² Eerder heeft de Inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) gerapporteerd over de problematiek in de forensisch psychiatrische centra. Dit leidde tot de bevindingen dat een beleid om het separeergebruik systematisch terug te dringen nog niet van de grond was gekomen en aanbevolen werd een project als in de reguliere ggz op te zetten. Een andere bevinding was dat afzondering in een separeer nog als sanctie werd gebruikt. Vanwege een gebrekkige registratie was de inspectie nog niet goed in staat zicht te krijgen op het gebruik van de separeer.¹¹³

De wet zegt over verlot, belangrijk in het resocialisatietraject: “Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de ter beschikking gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is hem tijdelijk de inrichting te doen verlaten, kan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, met machtiging van Onze Minister, de ter beschikking gestelde verlot verlenen zich al dan niet onder toezicht buiten de inrichting te begeven. Verlot kan omvatten een verblijf geheel buiten de inrichting”.¹¹⁴ Daarbij geldt: “Het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden kan het verlot intrekken, indien dit noodzakelijk is met het oog op de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de ter beschikking gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen of indien de ter beschikking gestelde een bepaalde voorwaarde niet nakomt.”¹¹⁵

¹¹⁰ Art. 18 lid 1 Bvt.

¹¹¹ Art. 34 lid 1 Bvt.

¹¹² <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunten/dwang-en-drang.html>.

¹¹³ Inspectie voor de Gezondheidszorg 2009, p. 14, 16, 26.

¹¹⁴ Art. 50 lid 1 Bvt.

¹¹⁵ Art. 50 lid 3 Bvt.

Een belangrijk thema in het eindrapport van de commissie Visser en daarmee van de sector terbeschikkingstelling is de lerende verlofpraktijk, gericht op een “effectiever verlofbeleid met een daling van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten”.¹¹⁶ Het belang van het terugbrengen van het aantal onttrekkingen blijkt ook uit de visie van het AVT dat voortbouwend op de lerende verlofpraktijk een ‘lerend adviescollege’ wil zijn (zie ook par. 6.1.4).¹¹⁷

Een verpleegde kan in beklag over nader omschreven beslissingen van het hoofd van de inrichting bij de beklagcommissie. En vervolgens is ook beroep mogelijk bij de beroepscommissie. Verder geldt dat ook beroep mogelijk is tegen beslissingen waar tegen geen beklag mogelijk is als bijvoorbeeld de intrekking van de machtiging verlof of proefverlof door de minister.¹¹⁸ De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden kent tevens het recht op bemiddeling. De mogelijkheden tot bemiddeling zijn ruimer dan de mogelijkheden tot beklag. In de gevallen waartegen beklag openstaat wordt de verpleegde na afsluiting van de bemiddeling gewezen op de mogelijkheid van beklag en de wijze waarop en de termijn waarbinnen dit moet worden gedaan.¹¹⁹ De doelstelling van bemiddeling is om een voor beide partijen bevredigende oplossing te bereiken.¹²⁰ Ook wordt gesteld “Deze procedure dient gelet op het in de inrichting bestaande sociotherapeutische milieu bemiddelend van aard te zijn.”¹²¹

In het kader van medezeggenschap en vertegenwoordiging geldt onder andere: “Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat uit en door de verpleegden een verpleegdenraad kan worden gekozen. De verpleegdenraad heeft tot taak met het hoofd van de inrichting in overleg te treden over alle algemene onderwerpen betreffende het leef- en woonklimaat van de inrichting. Zowel de raad als het hoofd van de inrichting kunnen deze onderwerpen in dat overleg aan de orde stellen.”¹²² Het laatste en de onderbouwing van de mogelijkheid tot bemiddeling maken duidelijk dat, hoewel er geen sprake is van een gelijke machtspositie, de grondgedachte achter de wetgeving is dat het streven is dat medewerkers van de kliniek en de patiënten op basis van gelijkwaardigheid samenwerken.

De samenwerking vindt in de eerste plaats haar vertaling in het behandelplan. Het is belangrijk samen naar overeenstemming te streven, waarbij de kliniek zich dient in te spannen minimaal jaarlijks de behandelcyclus te doorlopen. Waar meningsverschil is dient dit opgelost te worden met behulp van de commissie van toezicht, bij voorkeur door bemiddeling maar anders door beklag. De inzet is ook dat patiënten alleen indien dit noodzakelijk is beperkt worden, de wet laat daarbij de mate waarin de stoornis is teruggebracht buiten beschouwing, dat geldt in het geval van de verlengingszitting maar ook als het gaat om verlof of bewegingsruimte in de kliniek.

¹¹⁶ Commissie Visser 2006, p. 120.

¹¹⁷ Adviescollege Verloftoetsing tbs, De lerende verlofpraktijk in de verloftoetsingscommissie, verslag seminar 21 november 2008, p. 6.

¹¹⁸ Art. 56 – 69 Bvt.

¹¹⁹ Art. 55 Bvt.

¹²⁰ Art. 54 Memorie van toelichting.

¹²¹ Par. 2.9 Memorie van toelichting.

¹²² Art. 70 lid 1, 2 Bvt.

Op basis van bovenstaande wordt gekozen voor de indicatoren recidive, onttrekkingen, separatie en behandelduur als deelgebieden die bepalend zijn voor de geloofwaardigheid van de sector. Het voorkomen van recidive is de reden van bestaan. Onttrekkingen zijn een risico en liggen maatschappelijk gevoelig. Het separeergebruik is al jaren een speerpunt van de ggz. De gemiddelde behandelduur is sterk gestegen, met als neveneffect dat daarmee de onvoorspelbaarheid van de duur van de terbeschikkingstelling is toegenomen. Schematisch weergegeven betekent dit in relatie tot het onderzoek dat er sprake is van geloofwaardigheid van de sector terbeschikkingstelling indien het volgende geldt:

- Laag aantal recidives.
- Laag aantal onttrekkingen.
- Laag separeergebruik.
- Proportionele behandelduur.

2.5 Proportionaliteit

Het Nederlandse strafrecht kent een tweesporenstelsel van sancties: straffen en maatregelen. Straffen en maatregelen vormen tezamen de strafrechtelijke sancties.¹²³ Het strafrecht kent het proportionaliteitsbeginsel. In de discussie over de duur van de maatregel terbeschikkingstelling wordt het begrip ook gebruikt. De duur van de maatregel, vaak in combinatie met een strafoplegging, wordt dan vergeleken met de duur van de gevangenisstraf die je op basis van een bepaald delict zou kunnen verwachten. In het volgende wordt eerst ingaan op het proportionaliteitsbeginsel. Vervolgens wordt onderzocht hoe aan dit begrip een betekenis toegekend kan worden in relatie tot de maatregel terbeschikkingstelling.

2.5.1 Proportionaliteit en strafoplegging

Beccaria stelt in zijn ‘Dei delitti e delle pene’ dat “het doel van de bestraffing niet anders is dan de delinquent te beletten zijn medeburgers door nieuwe strafbare feiten nog eens te benadelen en de andere mensen af te schrikken om hetzelfde te doen.”¹²⁴ Eén van de door Beccaria genoemde fundamentele en vernieuwende principes over het strafrecht betreft proportionaliteit. Straffen moeten dan in verhouding staan tot de begane overtreding. Opgelegde straffen mogen maar een minimum aan leed veroorzaken aan de dader, maar toch voldoende om mogelijke andere overtreeders af te schrikken.¹²⁵

Anders gesteld worden “straffen opgelegd op grond van een strafbaar feit, doch binnen de proportionaliteit van de schuld van de dader en de ernst van het begane feit. De grondslag van de straf is de proportionele vergelding, dat wil zeggen de vergelding naar de mate van schuld aan het wederrechtelijk gedrag. Een straf is een weloverwogen opzettelijke toevoeging van leed die vanwege de overheid aan de burger wordt opgelegd op grond van

¹²³ Kelk & De Jong 2013, p. 537.

¹²⁴ Beccaria 1764, p. 51.

¹²⁵ Beccaria 1764, p. 55; Groenhuijsen 2002, par. 5.

een door deze begane normschending.”¹²⁶ Elders wordt gewezen op de ontwikkeling die veroorzaakt wordt door diverse ambtelijke aanwijzingen en richtlijnen voor ‘doorsneezaken’, maar ook tot op zekere hoogte door straftoematingsrichtlijnen die voor de rechter zelf zijn opgesteld. Gesteld wordt dat deze ontwikkeling tracht de sanctietoemeting een nogal mechanische inslag te geven. Gepleit wordt voor een genuanceerde benadering van “de verhouding tussen de optische rechtsgelijkheid en de individualisering als maatstaf voor een rechtvaardige, proportionele straf. Dat is gebaseerd op de idee van de verenigingstheorie die in onze strafrechttheorie nooit met zoveel woorden is verlaten. Deze theorie tracht de door de ernst van de daad bepaalde maat van de vergelding in het concrete geval te verenigen met de ideële doelen van de straf, zoals de generale en speciale preventie en de resocialisatie. De strafdoelen mogen niet tot een overschrijding van de door de vergelding gestelde grenzen leiden.”¹²⁷

Een andere formulering is: “Rekening houdend met het strafdoel van de vergelding en met dat van de resocialisatie moeten rechters een afweging maken tussen de belangen van het slachtoffer en de samenleving enerzijds en die van de verdachte anderzijds. Om recht te doen aan de belangen van het slachtoffer en de samenleving dient de ernst van het feit voldoende in de straf te worden verdisconteerd. Recht doen aan de belangen van de verdachte betekent dat hij soms behandeling behoeft, of dat een gevangenisstraf niet goed voor hem is, maar het eigenlijk wel op zijn plaats is gezien de ernst van het feit. Dit alles maakt straftoemeting een complexe taak, waarbij vele verschillende feiten en omstandigheden afgewogen dienen te worden.”¹²⁸

Het strafrecht kent maximumstraffen, geen minimumstraffen niet anders dan dat in het geval van een tijdelijke gevangenisstraf deze ten minste één dag moet duren.¹²⁹ Op doodslag staat bijvoorbeeld maximaal 15 jaren, net zoals bij gijzeling, op moord levenslang of maximaal 30 jaren en op verkrachting 12 jaren.¹³⁰ De verhoging van de maximale duur in 2006 heeft ertoe geleid dat sindsdien meerdere malen voor moord een gevangenisstraf van tussen de 25 en 30 jaren is opgelegd.¹³¹ Uitgezonderd levenslang is op deze straffen de voorwaardelijke invrijheidsstelling van toepassing na twee derde van de straftijd.¹³² Er is discussie over de invoering van minimumstraffen. In deze discussie speelt het proportionaliteitsbeginsel ook een rol. Het gaat er dan om of de redelijkheid bij het proportionaliteitsoordeel voorop staat. Gesteld wordt dat: “Het met een zekere mate van precisie positief vastleggen in welk geval een bepaalde straf als proportioneel heeft te gelden, kan in het licht van deze bemerkingen ten aanzien van het materiële strafrecht bijna worden aangemerkt als een paradigmawisseling.” en: “Voorspelbaar is dat zo’n nieuwe

¹²⁶ Kelk & De Jong 2013, p. 537.

¹²⁷ Kelk 2008, p. 31.

¹²⁸ Van Wingerden 2011, p. 313.

¹²⁹ Art. 10 lid 2 Sr.

¹³⁰ Art. 287, 282a, 289, 242 en 244 Sr.

¹³¹ Van Wingerden 2011, p. 314.

¹³² Art. 15 Sr.

benadering op het niveau van concrete strafzaken onvermijdelijk leidt tot enige mate van uitholling van de rechtvaardigheid.”¹³³

Een andere invalshoek die helpt om betekenis te geven aan het begrip proportionaliteit is noodweer. Ook in het geval van noodweer wordt de vraag van proportionaliteit gesteld. Indien de noodzaak tot verdediging is vastgesteld dient getoetst te worden of de keuze van de verdedigingswijze en de intensiteit ervan proportioneel waren. De precieze manier van verdedigen behoeft daarbij niet de beste te zijn, beslissend is of die niet in onredelijke verhouding staat tot de ernst van de aanranding. Het is niet de bedoeling om de gekozen verdediging op een weegschaal te leggen en de vraag te stellen of de verdediging optimaal is geweest.¹³⁴ De verdedigingswijze en de intensiteit zijn bepaald door degene die zich genoodzaakt zag zich te verdedigen, deze zijn niet door de rechter bepaald. De rechter toets alleen de bovenmaat van het geweld.

Van proportionaliteit is ook sprake in geval het begane feit het voorbereiden betreft van een misdrijf, dan wordt gesproken van een gevaarzettingsdelict. “Vorbereitung van een misdrijf waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van acht jaren of meer is gesteld is strafbaar, wanneer de dader opzettelijk voorwerpen, stoffen, informatiedragers, ruimten of vervoermiddelen bestemd tot het begaan van dat misdrijf verwerft, vervaardigt, invoert, doorvoert, uitvoert of voorhanden heeft; Het maximum van de hoofdstraffen op het misdrijf gesteld wordt bij voorbereiding met de helft verminderd.”¹³⁵ De subjectieve criminele intentie kan, indien het gebruikte middel niet per definitie wijst op een strafbare activiteit, bij de bepaling of er al dan niet sprake is van het voorbereiden van een misdrijf van centraal belang zijn.¹³⁶ Er is daarbij sprake van een opzetvereiste op een bepaald misdrijf. Het bewijs kan niet altijd makkelijk geleverd worden en “vormt daarom een belangrijke beperking van de strafbare voorbereiding”.¹³⁷

Proportionaliteit wordt niet als een statisch gegeven gezien. Betoogd wordt: “Bij het vaststellen van strafrechtelijke aansprakelijkheid draait het met andere woorden in mijn ogen uiteindelijk altijd om een normatieve vraag. Dan gaat het in de kern mede om redelijke toerekening en ook zulke redelijke toerekening is uiteindelijk een kwestie van argumentenafweging. Veel argumenten worden daarbij door de bijzonderheden en de fysieke of psychische aspecten van de casus bepaald. Maar ook algemene juridische factoren zijn van belang, vooral bij de beoordeling van de redelijkheid van toerekening. De invloed van die factoren kan tijdsgebonden zijn en onder invloed staan van veranderende opvattingen en mensbeelden, bijvoorbeeld naar aanleiding van maatschappelijke of juridische ontwikkelingen.” En “Daarmee is voor het materiële strafrecht dan ook het belang gegeven van casuïstiek, van ruimte voor weging van concrete omstandigheden van

¹³³ Groenhuijsen, Kooijmans & Van den Berge 2013, p. 35.

¹³⁴ Groenhuijsen, Kooijmans & Van den Berge 2013, p. 34; De Hullu 2012, p. 314.

¹³⁵ Art. 46 lid 1, lid 2 Sr.

¹³⁶ De Hullu 2012, p. 374, 396; Kooijmans 2014, p. 208, 209.

¹³⁷ De Hullu 2012, p. 400.

het geval. Vooral de casuïstiek van moeilijke gevallen bevordert – zo nodig – ook de dynamiek in de ontwikkeling van algemene leerstukken.”¹³⁸

Onderzoek naar de praktijk van de strafoplegging over de periode 1993 – 2004 laat zien dat de strafoplegging in het geval van moord gemiddeld 9,0 jaren en van doodslag 6,7 jaren is. In het geval er bij de oplegging van een terbeschikkingstelling sprake is van een combinatievonnis, is de gemiddelde strafoplegging voor moord 6,4 jaren en voor doodslag 5,5 jaren.¹³⁹ In verband met de vervroegde invrijheidstelling – vanaf 1 juli 2008 geldt de voorwaardelijke invrijheidstelling – betekende dit dat een gestrafte voor moord na 6,0 en een gestrafte voor doodslag na 4,2 jaren vrijkwam of in het geval van een combinatievonnis de terbeschikkinggestelde na 4,1 respectievelijk 3,6 jaren opgenomen kon worden. Onderzoek over de periode 2000 – 2009 laat zien dat de straftoemeting van zwaardere gewelds- en zedendelicten alle stijgingen laten zien: misdrijven tegen het leven met 16%, verkrachtingen met 38% en aanrandingen met 7%.¹⁴⁰ Zoals hiervoor opgemerkt zijn in 2006 een aantal strafmaxima verhoogd. Voor 2013 en 2014 geldt dat 15,9 respectievelijk 12,8% van het aantal opleggingen terbeschikkingstelling een combinatievonnis kende met een strafmaat tussen de drie en zes jaar en 13,6 respectievelijk 10,6% een strafmaat langer dan zes jaar.¹⁴¹

Een discussie die het proportionaliteitsbeginsel aanscherpt en verheldert is de vraag om zwaardere straffen bij recidive. Algemeen geldt dat proportionele vergelding de hoogte van de straftoemeting begrenst. Gesteld wordt: "Overschrijding van deze grens leidt tot onredelijke resultaten, die naar mijn inschatting schadelijk zijn voor de aanvaardbaarheid van de strafrechtspleging en niet passen bij een geloofwaardig, beperkt strafrecht" en verder: "Voor de recidive lijkt mij nog direct van belang dat een uitgangspunt van maximale proportionele vergelding twee aspecten kent. In de eerste plaats worden feiten afgedaan; na vergelding kan iemand niet nogmaals voor het oude feit ter verantwoording worden geroepen en worden bestraft. En in de tweede plaats moet de vergelding (voor nieuwe, nog niet vergolden feiten) proportioneel zijn, en dat heeft in mijn ogen vooral betekenis als marginale toets, om vergaande afwijkingen van dit uitgangspunt, bestraffingen buiten de bandbreedte ervan te problematiseren. Deze uit de vergeldingsgedachte voortvloeiende ijkpunten kunnen functioneel zijn voor zowel algemene regels van sanctierecht als 'buitensporige' bestraffing in concrete zaken. Maar recidive heeft zo gezien geen invloed op het strafmaximum dat voor een nieuw feit kan worden gerechtvaardigd."¹⁴² Wordt deze lijn doorgetrokken naar de gedachtegang waarin de proportionaliteit van de terbeschikkingstelling gebaseerd wordt op de vergelijking tussen de strafoplegging en de behandelduur samen van een terbeschikkinggestelde en de strafmaat in het geval van een enkelvoudige strafoplegging, dan betekent dit impliciet in de vorm van de duur van de behandeling een extra strafoplegging.

¹³⁸ De Hullu 2012, p. 23.

¹³⁹ Nieuwbeerta & Van Wingerden 2006, p. 285.

¹⁴⁰ Van Tulder 2011, p. 1546.

¹⁴¹ Bron: Forensische Zorg in getal 2010 – 2014, mei 2015.

¹⁴² De Hullu 2003a, p. 18, 20, 21.

De roep om zwaardere straffen en de hierboven gesignaleerde trend zijn bijzonder als het gaat om het in overeenstemming brengen van de strafsoort en de strafmaat met het strafbare feit. Hoe ernstig ook, bij een gelijksoortig delict kan niet vanzelfsprekend gesteld worden dat het toegebrachte leed in de loop van de tijd zwaarder is geworden. Wellicht zijn de mogelijkheden om het leed beter te wegen vergroot. Wat zonder verdere onderbouwing rest is een langer durende verwijdering uit de samenleving bij een gelijksoortig delict. Dit zou als een vorm van preventie gezien kunnen worden. De samenleving heeft tenslotte een groot belang bij het voorkomen van toekomstig leed. Het effect op recidivevermindering en de algemene preventie blijkt echter beperkt en tevens ongewenste effecten te hebben.¹⁴³

De financiële invalshoek is als het gaat om proportionaliteit tevens een belangrijke factor. In de discussie om zwaardere straffen zijn de extra kosten een beperkende factor. Een fictief rekenvoorbeeld waarbij elke strafoplegging verhoogd wordt met een jaar (andere verdelingen op deze aanname zijn ook te maken) leidt al snel tot de constatering dat de kosten van de detentie met 3,75 miljard euro stijgen, op te brengen door de belastingbetaler.¹⁴⁴

Om tot een vergelijking van de straftoemeting te komen, kan de invalshoek van het gelijkheidsbeginsel gekozen worden. Als het gaat om de functie van het gelijkheidsbeginsel wordt echter gesteld dat: “De functie van het gelijkheidsbeginsel is daarmee voornamelijk instrumenteel of procedureel van aard: het beginsel fungeert als een instrument om duidelijk te maken dat er, in vergelijking met andere gevallen, sprake is van een benadeling (of juist een bevoordeling). De vraag of de op die manier geconstateerde benadeling of bevoordeling redelijk is, kan niet op basis van het gelijkheidsbeginsel als zodanig beantwoord worden: daarvoor is een toetsing aan het proportionaliteitsbeginsel en het daarin tot uitdrukking komende vereiste van redelijkheid vereist.”¹⁴⁵

De rechter beschikt zoals uit bovenstaande blijkt op basis van zijn professionaliteit en ook vanwege de complexe materie over de zogenaamde straftoemingsvrijheid of discretionaire bevoegdheid.¹⁴⁶ De enorme vrijheid van beslissen van de Nederlandse strafrechter is het meest in het oog springende aspect van de strafoplegging.¹⁴⁷ De wet stelt bijvoorbeeld: “De duur van de tijdelijke gevangenisstraf is ten minste een dag en ten hoogste achttien achtereenvolgende jaren.”¹⁴⁸ Een rechter is in het bijzonder een juridische specialist met een uiterst grote mate van zelfstandigheid, die hem of haar in staat stelt, onafhankelijk, voor mensen ingrijpende besluiten te nemen.¹⁴⁹ Wel is er zoals eerder in deze paragraaf beschreven een beweging om de straftoemingsvrijheid wettelijk in te perken. Een wetsvoorstel om de mogelijkheden voor het opleggen van een taakstraf voor

¹⁴³ Groenhuijsen, Kooijmans & Van den Berge 2013, p. 26, 27.

¹⁴⁴ Van Wingerden 2011, p. 319.

¹⁴⁵ Gerards 2005, p. 109.

¹⁴⁶ Kelk 2004b, p. 22.

¹⁴⁷ De Hullu 2001, p. 229; zie ook: Van Wingerden 2011, p. 311, 312; Kelk & De Jong 2013, p. 6.

¹⁴⁸ Art. 10 lid 2 Sr.

¹⁴⁹ Project Deskundigheidsbevordering Programma Strafsector 2010, De Strafrechter en Profiel, Deskundigheidsbevordering van de strafrechter, p. 21.

ernstige zeden- en geweldsmisdrijven te beperken heeft echter geleid tot een scherp geformuleerd afwijzend advies van de Raad voor rechtspraak in een brief aan de Minister van Justitie.¹⁵⁰ Gesteld wordt dat als het een rechter onmogelijk wordt gemaakt in zijn straftoemeting maatwerk te leveren, dit kan leiden tot ‘onbegrijpelijke, onredelijke en disproportionele straffen’.¹⁵¹

Ook als nagedacht wordt over de geest van het Wetboek van Strafrecht wordt gesteld: “Van groot belang werd geacht dat de rechter een grote vrijheid toekwam terzake van de straftoemeting: deze beweegt zich tussen algemene wettelijke minima per strafsoort en bijzondere per strafbepaling verschillende strafmaxima.”¹⁵² Deze vrijheid leidt wel tot het stellen van eisen aan de uitleg: “Dat beklemtoont het belang van een goede uitleg van de straf, die de rechter oplegt. Door deze uitleg verantwoordt de rechter het gebruik van de keuzevrijheid, niet alleen aan de procespartijen en de direct betrokkenen als de slachtoffers, maar ook aan de samenleving en eventuele hogere rechters, die bijvoorbeeld in hoger beroep controle uitoefenen. De strafmotivering vervult derhalve - in ieder geval in theorie – een belangrijke functie.”¹⁵³ De strafmotivering betreft ook de motivering als het om sancties gaat.

Er is wel behoefte aan een consistent beleid. Het Landelijk overleg van voorzitters van de strafsectoren van de gerechtshoven en de rechtbanken (LOVS) legt om tot een consistent landelijk beleid te komen oriëntatiepunten vast. De oriëntatiepunten geven de straf weer die rechters plegen op te leggen voor de meest voorkomende vorm van het strafbare feit. Een dergelijk oriëntatiepunt bestaat voor verkrachting (art. 242 Sr.). De modale strafoplegging betreft 24 maanden. In de toelichting worden strafvermeerderende en/of strafverminderende factoren genoemd. Voorbeelden daarvan zijn bijvoorbeeld geweld, leeftijd slachtoffer en recidive.¹⁵⁴

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat het begrip proportionaliteit zoals gebruikt bij een strafoplegging niet van toepassing is op de dwangverpleging. Het betekent dat de terbeschikkinggestelde na zijn voorwaardelijke invrijheidstelling reeds een proportionele straf heeft uitgezeten, ook indien geen straf is opgelegd. De duur van de verpleging kent in die zin geen enkele relatie met het delict. De behandelduur is per definitie extra. Dit betekent dat – in het geval het statistisch verantwoord mocht zijn – op basis van het eerder in deze paragraaf vermelde onderzoek gesteld kan worden dat in het geval van moord een gemiddelde enkelvoudige strafoplegging van 9,0 jaren gelijkwaardig is aan een gemiddelde strafoplegging van 6,4 jaren binnen het combinatievonnis. Het verschil wordt veroorzaakt door het effect van een meer of minder verminderde toerekeningsvatbaarheid. Het begrip

¹⁵⁰ Raad voor de rechtspraak, Voorstel van wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met het beperken van de mogelijkheden om een taakstraf op te leggen voor ernstige zeden- en geweldsmisdrijven – advies, 6 februari 2009.

¹⁵¹ Groenhuijsen 2009, p. 424 – 426.

¹⁵² Kelk & De Jong 2013, p. 6.

¹⁵³ De Hullu 2001, p. 229.

¹⁵⁴ Oriëntatiepunten voor straftoemeting en LOVS-afspraken, november 2014.

proportionaliteit zoals gehanteerd bij de strafoplegging kent daarom geen enkele betekenis binnen de terbeschikkingstelling.

De proportionaliteit leidt echter wel tot een aantal aandachtspunten. Op basis van het uitgangspunt dat mogelijke doelen – als voorbeelden bij de strafoplegging zijn bijvoorbeeld generale preventie, specifieke preventie en resocialisatie genoemd – bij de strafoplegging begrensd zijn door vergelding kan ook voor de behandelduur gesteld worden dat de behandelduur slechts bepaald wordt door het gevaarscriterium. Blijkt het bijvoorbeeld door een volle bezetting een patiënt niet mogelijk een patiënt in een fpa op te nemen, dan is dat geen reden het proefverlof niet in te laten gaan. Een niet op het gevaarscriterium gebaseerde vertraging kan opgevat worden als een te vermijden vorm van vergelding. De passantenproblematiek is een extreem voorbeeld. Maar ook over de benodigde gewenning in de resocialisatiefase moet kritisch nagedacht worden. In dezelfde lijn geldt dat een terbeschikkinggestelde die reeds meerdere keren gerecidiveerd is op basis daarvan geen langer durende behandeling mag krijgen. De weging van de omvang van justitiële voorgeschiedenis heeft echter wel een voorname invloed op het recidiverisico, en wordt daarom meegewogen door de risicotaxatie-instrumenten. Justitiële voorgeschiedenis is bijvoorbeeld de eerste historische risicofactor (H01) van de HKT-30.¹⁵⁵ Evenals voor de strafoplegging kan ook voor de behandelduur gesteld worden dat deze geen ondergrens kent. Afgezien van de benodigde tijd voor de procedure is het mogelijk dat een terbeschikkinggestelde direct na opname in de kliniek met proefverlof gaat. Een ander aandachtspunt is de rol van casuïstiek in relatie tot de proportionaliteit. De betekenis voor de behandelduur kan hierin liggen dat met behulp van casuïstiek kritisch gekeken wordt naar verwachtingspatronen, ook voor deelpopulaties. Er is anders gezegd het risico van self fulfilling prophecy. De proportionaliteit in relatie tot een gevaarszettingsdelict leert dat de wetgever ernstig en concreet gevaar zeer serieus neemt. De minimale strafdreiging van een gevaarszettingsdelict is gelijk aan de minimale strafdreiging die een noodzakelijke voorwaarde is wil een terbeschikkingstelling opgelegd kunnen worden. Tijdens de terbeschikkingstelling is er regulier echter geen sprake van een gevaarszettingsdelict. Er is het risico op een delict en dat wordt op basis van risicotaxatie en klinische inschatting bepaald.

2.5.2 Proportionaliteit en terbeschikkingstelling

De terbeschikkingstelling kent geen bedoelde leedtoevoeging (zie par. 1.1). Gesteld wordt echter dat de gemiddelde veroordeelde een hem opgelegde strafrechtelijke maatregel echter wel als straf zal ervaren, dit wordt wel als subjectief strafbegrip aangeduid.¹⁵⁶ Wellicht speelt in de praktijk van de terbeschikkingstelling op het vlak van de proportionaliteit eenzelfde dynamiek, kan gesproken worden over een subjectief proportionaliteitsbegrip. Wel kan proportionele vergelding gezien worden als een

¹⁵⁵ Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 'Handleiding HKT-30 versie 2002. Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie', januari 2003, p. 18.

¹⁵⁶ Van der Landen 1992, p. 43; zie ook Kelk & De Jong 2013, p. 537.

grondslag voor de terbeschikkingstelling omdat een terbeschikkingstelling slechts mogelijk is voor zwaardere misdrijven.¹⁵⁷

De beperking tot zeer ernstige misdrijven sluit aan bij de definiëring van gevaarlijkheid. In par. 1.1. is in het kader van de terbeschikkingstelling gevaarlijkheid omschreven als de hoge mate van waarschijnlijkheid dat de psychisch gestoorde dader opnieuw ernstig zal derailleren, gevaar is met andere woorden gevaar voor ernstige recidive, delictgevaarlijkheid.¹⁵⁸ De ernst van het begane feit en het strafblad gelden hierbij niet als maatgevend voor het gevaar. Zij worden gezien als aanwijzingen.¹⁵⁹

Het begrip proportionaliteit wordt in de praktijk regelmatig in relatie tot de terbeschikkingstelling gebruikt. In een onderzoek naar de toenemende duur van de verpleging van de terbeschikkinggestelde met dwangverpleging wordt gesteld: “Hierbij is sprake van een spanning tussen proportionaliteit van de aan de tbs-gestelde opgelegde straf (de vrijheidsbeneming mag ‘niet te lang duren’) en de noodzaak tot beveiliging van de maatschappij (de vrijheidsbeneming mag daarom ‘niet te kort duren’).”¹⁶⁰ In de uitspraak van een verlengingszitting staat: “De rechtbank heeft daarbij in ogenschouw genomen dat de TBS van [naam verdachte [sic]] al meer dan twintig jaar duurt en dat de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit met zich brengen dat bij een afweging tussen de belangen van [naam verdachte] en van de maatschappij, het belang van [naam verdachte] steeds zwaarder dient te wegen. Dit dient echter gezien de ernst van [naam verdachte] kernproblematiek en de huidige inschatting van het recidiverisico thans niet te leiden tot opheffing van de TBS. Wel dient vanaf nu te worden gezocht naar mogelijkheden waarbij aan [naam verdachte] de door hem kennelijk benodigde zorg en structuur en voorwaarden voor een “normaal” leven kunnen worden geboden anders dan via de TBS.”¹⁶¹ In de uitspraak van een hoger beroep wordt gesteld: “Gelet hierop en ook op de reeds lange duur van de maatregel, de beginselen van proportionaliteit en van subsidiariteit, is het hof van oordeel dat de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen niet langer verlenging van de terbeschikkingstelling eist.”¹⁶² En tijdens de parlementaire enquête: “De behandelaars komen vaak niet verder met patiënten. Die zijn ongemotiveerd en raken uitbehandeld. Als de rechter steeds de maatregel verlengt, is de proportionaliteit zoek.”¹⁶³ Uit onderzoek bij contraire beëindigingen is gebleken dat het proportionaliteitsbeginsel zelden expliciet in de beschikking wordt opgevoerd. Ook blijkt niet uit de gehouden interviews dat het proportionaliteitsargument in de praktijk een belangrijke factor is bij contraire beëindiging.¹⁶⁴ En in hun gezamenlijke toekomstvisie stellen de klinieken: “Vanuit de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit zijn rechters minder geneigd de tbs-maatregel op te leggen.”¹⁶⁵ De Adviescommissie

¹⁵⁷ De Hullu 2003b, p. 42.

¹⁵⁸ Hofstee 1987, p 461.

¹⁵⁹ De Wolf 2012, p. 577.

¹⁶⁰ Brand & Van Gemmert 2009, p. 5.

¹⁶¹ Rechtbank Maastricht 26 maart 2010, ECLI:NL:RBMAA:2010:BM0849.

¹⁶² Gerechtshof Arnhem, 16 juli 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BX3447.

¹⁶³ mr-online.nl/juridisch_nieuws/346_tweede_zittingsdag_van_het_parlementair_onderzoek_van_het_tbs_stelsel.

¹⁶⁴ De Kogel & Den Hartog 2005, p. 48.

¹⁶⁵ LBHIV/ODO 2010, p.12.

Verloftoetsing TBS noemt als een van de vier overkoepelende criteria van de verlofaanvraag: ‘een proportionele benadering die een voldoende behandeltempo garandeert’.¹⁶⁶

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) stelt als het gaat om de onbepaalde duur (proportioneel ten opzichte van gevaar voor recidive): “De beslissing tot het al dan niet voortduren van de tbs ligt buiten het domein van de tenuitvoerlegging. Het gevaarscriterium staat voorop bij de vraag of de tbs beëindigd kan worden en het behandelresultaat is hiervoor van doorslaggevend belang. Het grootste verschil in dit opzicht tussen de tbs en de vrijheidsstraf is de invloed die het gedrag, en nog meer het na de behandeling te verwachten gedrag, van de ingeslotene heeft op de duur van de insluiting. Het zijn juist de behandeling en begeening in de kliniek, die de voor die beëindiging noodzakelijke gedragsverandering moeten helpen bewerkstelligen”, en als één van de beginselen van goede begeening: “de patiënt krijgt die behandelingsmogelijkheden en -omstandigheden geboden die de duur van de insluiting kunnen bekorten en hem te motiveren daarvan gebruik te maken.” De raad herkent als het gaat om terugkeer in de samenleving dat de klinieken onder maatschappelijke en politieke druk staan om zo weinig mogelijk risico te nemen. De raad stelt echter dat “Als de kliniek echter ieder risico wil uitsluiten, zal verlof te laat of helemaal niet worden verleend. Een dergelijk besluit valt eenzijdig in het nadeel van de patiënt uit. Daarom vormt het tonen van enige durf in dit opzicht een aspect van goede begeening” (zie ook par. 1.4).¹⁶⁷

Naar aanleiding van de vraag naar mogelijke evenredigheid tussen de maatregel en het begane feit wordt gesteld: “Voor wat betreft de oplegging dient volgens de wetgever bepalend te zijn het strafrechtelijk verleden – het objectief criterium lijkt hier opgeld te doen – in combinatie met de gevaarlijkheid van de betrokkene. Ten aanzien van de verlenging van de maatregel is slechts diens gevaarlijkheid bepalend. Dat brengt met zich mee dat er in de opvatting van de wetgever geen verband bestaat tussen de ernst van het begane feit en de duur van de maatregel.” Verder wordt betoogd dat de grondslag van de terbeschikkingstelling gelegen is: “in de ongewenste situatie van gevaar dat uitgaat van een persoon, welk gevaar wordt veroorzaakt door een psychische stoornis. De terbeschikkingstelling strekt ertoe die ongewenste situatie op zo kort mogelijke termijn op te heffen, hetgeen er in concreto op neerkomt dat de gevaarlijkheid dient te worden gereduceerd tot maatschappelijk aanvaardbare proporties.” En over de vraag of er een proportionaliteitseis behoort te gelden tussen de duur van de maatregel en de ernst van het strafbare feit: “Het strafbare feit vormt slechts de aanleiding – niet de grondslag – van de maatregel. Dat brengt met zich mee dat in een normatief perspectief een evenredigheidseis geen betrekking zou moeten hebben op het begane feit maar op de mate van gevaarlijkheid.” De stellingname is dan: “Het lijkt wellicht juister om vanuit het oogpunt van proportionaliteit het huidige systeem enigszins om te keren. Daarmee wordt bedoeld, dat het aanbeveling verdient de wettelijke structuur als volgt in te richten, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de ingrijpendheid van de onderhavige maatregel. De TBS is

¹⁶⁶ Nieuwsbrief AVT 2009 nr. 3, p. 5.

¹⁶⁷ Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Goed begeenen. Beginselen voor het omgaan met ingeslotenen*. Versie 2010, p. 71, 72.

dermate ingrijpend dat de duur slechts periodiek verlengd kan worden bij een als onaanvaardbaar te achten kans op enerzijds recidive ter zake van zeer ernstige delicten, omdat slechts (het gevaar van die) delicten de als abstracte grond geformuleerde ongewenste (gevaars)situatie kunnen blootleggen of concretiseren en anderzijds wegens gevaar voor zichzelf in de eerder omschreven zin. Dat zou resulteren in een TBS die bij wijze van voorbeeld na vier jaar nog slechts kan worden verlengd indien het gevaar bestaat dat de betrokkene een misdrijf zal begaan dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen (eventueel aan te vullen) of een gevaar voor zichzelf oplevert. Gevaar voor misdrijven die niet in aanmerking komen voor een ernstige kwalificatie als geweldsmisdrijven in voornoemde zin, zou voor risico voor de samenleving dienen te komen. Verlenging zou dan niet mogelijk zijn omdat de aard van de maatregel zich daartegen verzet vanuit een in acht te nemen proportionaliteit.”¹⁶⁸ Een beperkte correctie heeft reeds plaatsgevonden door de eis dat er pas sprake kan zijn van een niet gemaximeerde terbeschikkingstelling indien het begane feit een geweldsdelict betreft en dit ook uitdrukkelijk in het vonnis is gemotiveerd (zie par.2.4.2), echter geredeneerd vanuit het gepleegde delict. Impliciet lijkt het echter het voornoemde betoog te ondersteunen.

De doelstelling op basis van het convenant tussen de Staatssecretaris van het ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland is dat de gemiddelde behandelduur wordt teruggebracht van tien jaar naar acht jaar. Wordt de doelstelling niet gehaald, dan betekent dit dat op een andere manier bezuinigd moet worden. Dit betreft een norm die niet op inhoudelijke gronden is gebaseerd maar op financiële. Het is een prikkel, een inhoudelijke relatie met een vorm van proportionaliteit op basis van deze doelstelling is echter niet te leggen.

De in deze paragraaf bepleite omkering, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de ingrijpendheid van de onderhavige maatregel, kan enig effect hebben op de gemiddelde behandelduur, en biedt dan perspectief voor een deelpopulatie. Het effect op de gemiddelde behandelduur is afhankelijk van een verder te concretiseren normstelling als het gaat om de ernst van het delict waarvoor gevaar bestaat. De gehanteerde normstelling van art. 46 lid 1 Sr is een reeds geaccepteerd voorbeeld. De verschuiving van de mediaan zal daarbij niet meer beïnvloed worden door patiënten met een gemaximeerde terbeschikkingstelling daar deze al niet meer meegewogen worden. Het onderzoek is echter gericht op de sector en daarmee op de gehele populatie.

Het begrip proportionaliteit wordt regelmatig in relatie tot de verpleging van de terbeschikkinggestelde gebruikt. In de meeste gevallen bestaat er echter geen concrete relatie met de behandelduur, is de boodschap eigenlijk dat de behandelduur van de terbeschikkinggestelde afgezet tegen de praktijk van de enkelvoudige strafoplegging uit de hand is gelopen en de belangen van de patiënt zwaarder dienen te wegen. De proportionaliteit kan op basis van het gebruik in de praktijk op meerdere manieren benaderd worden. In de eerste plaats is er de benadering op patiëntniveau. De vraag geldt

¹⁶⁸ Kooijmans 2002, p. 170 – 174.

dan wat voor straf de patiënt feitelijk gehad zou hebben zonder terbeschikkingstelling. Echter, op individueel niveau is zelfs achteraf een objectieve en betekenisvolle vergelijking van de duur van de terbeschikkingstelling met de strafmaat ingeval de terbeschikkingstelling niet opgelegd zou zijn moeilijk. Het feit dat de rechter op patiëntniveau bij elke verlengingszitting in samenspel met de patiënt, advocaat, officier, reclassering, behandelaar en/of onafhankelijke onderzoekers al of niet besluit tot verlenging, is een complex proces. Het besluit over te gaan tot een al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling is niet het resultaat van een eenvoudig te volgen beslisboom waardoor de duur geen hard gegeven is en dus moeilijk te vergelijken met het objectievere gegeven van een strafoplegging.

Het mag gezien de hiervoor (zie par. 2.4.1) vermelde gemiddelden verondersteld worden dat mocht het al mogelijk blijken op individueel niveau tot een vergelijking te komen tussen een strafoplegging en een terbeschikkingstelling de proportionaliteit wegens de gemiddelde behandelduur van acht jaar in dat geval niet te handhaven is. Er wordt op basis daarvan binnen de huidige rechtspraak van de patiënt per definitie een investering gevraagd. De winst voor de patiënt bestaat dan hieruit dat de kans op een recidive wordt verkleind en daarmee ook de kans op een volgende strafoplegging. Advocaten zijn niet ongenegen dit mogelijke voordeel onder de aandacht van de verdachte te brengen.¹⁶⁹

Een andere mogelijke invalshoek om over proportionaliteit in relatie tot de terbeschikkingstelling na te denken is het totaal van de opgelegde straf en de behandelduur af te zetten tegen de maximale strafmaat. Op basis van de maximumstraffen is er meer ruimte om een vorm van proportionaliteit te handhaven. In 1992 werd echter al als bezwaar tegen de terbeschikkingstelling op basis van het argument van rechtsongelijkheid gesteld dat de totale duur van de vrijheidsbeneming de maximale op het delict gestelde vrijheidsbeneming niet zelden overschrijdt.¹⁷⁰ Later wordt nadrukelijker gesteld dat een combinatievonnis met een lange vrijheidsstraf feitelijk het wettelijke strafmaximum voor de tijdelijke vrijheidsstraf dreigt te overschrijden. De auteur gaat hierbij nog uit van een gemiddelde duur van de terbeschikkingstelling van vijf en een half jaar. Tevens wordt opgemerkt “Door het opleggen van een lange vrijheidsstraf aan iemand die kennelijk behandeling behoeft, wordt onduidelijk wat de eigen betekenis van TBS is.”¹⁷¹ De voorwaardelijke invrijheidsstelling meegewogen is er dan in het geval van moord ruimte voor 20 jaren, doodslag 10 jaren en voor verkrachting 8 jaren. Dit blijft echter een kunstmatige constructie, een patiënt zal zich hier niet in herkennen. En tevens kan deze manier van rekenen, ook op basis van de hierboven vermelde norm van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, gezien worden als een onzorgvuldige manier van bejegenen. De norm is er niet op gericht een gezond spanningsveld tussen behandelaar en patiënt op te bouwen dat helpt dat alles in het werk wordt gesteld om de behandelduur te bekorten.

¹⁶⁹ Roosjen 2009, p. 39.

¹⁷⁰ Van der Landen 1992, p. 452.

¹⁷¹ De Hullu 2003b, p.40.

Ondanks het frequente gebruik van het begrip proportionaliteit zijn de eerder genoemde invalshoeken niet te gebruiken voor de behandelduur. Daarnaast speelt mee dat de behandelduur door de rechter per definitie slechts beëindigd wordt in die gevallen waar nog geen sprake is van proefverlof. De ingangsdatum van het proefverlof wordt bepaald door de verlofunit en de AVT op basis van een aanvraag van de kliniek. Een ander punt is dat de behandelduur niet gemaximeerd is. Het is vanwege het gevaarscriterium niet mogelijk verder te gaan dan het stellen van een prognose (zie par. 2.4.1).

De eerder genoemde kaders en aandachtspunten leiden wel tot een gedachtegang die kan helpen bij het nadenken over proportionaliteit in relatie tot de behandelduur (zie par. 2.5.1). De kliniek dient bijzonder kritisch te zijn als het gaat om de begrenzing en doelgerichte inzet van behandeling en behandelduur. En ook het beginsel van goede bejegening zoals geformuleerd door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming: “de patiënt krijgt die behandelingsmogelijkheden en -omstandigheden geboden die de duur van de insluiting kunnen bekorten en hem te motiveren daarvan gebruik te maken” kan helpen. Dit beginsel is op patiëntniveau en heeft de ambitie in zich de behandelduur te bekorten, in samenwerking met de terbeschikkinggestelde. De terbeschikkinggestelde heeft als het gaat om het bekorten van de behandelduur een eigen verantwoordelijkheid en wordt meer als subject gezien.

De rechter, de kliniek, de verlofunit en de AVT en de patiënt hebben invloed op de behandelduur. Hoewel dit niet tot een hard gegeven leidt kan gezamenlijk een stip op de horizon geplaatst worden, de prognose. Deze prognose dient dan aan te geven welke behandelduur naar verwachting nodig is om uit te stromen. Er is sprake van uitstroom wanneer een patiënt met proefverlof gaat of, in het geval aan hem geen proefverlof verleend is, de terbeschikkingstelling voorwaardelijk wordt beëindigd. Het vaststellen van de prognose en het bewaken daarvan vereisen een strikte bewaking van de genoemde kaders of aandachtspunten. De invalshoek wordt dan de prognose te zien als proportionele behandelduur. Het belang van proportionaliteit op individueel niveau ligt in het kunnen volgen en bewaken van de mate waarin de behandelduur oploopt met de gestelde en overeengekomen prognose van de behandelduur en op het niveau van de (deel)populatie evenzo in relatie tot het gemiddelde van de prognose op het niveau van de (deel)populatie. Het primaat van de proportionaliteit blijft liggen bij het gevaarscriterium, het afwijken van de geprognosticeerde proportionele behandelduur is echter niet vrijblijvend. Op basis van voorgaande wordt in relatie tot dit onderzoek gesteld dat er sprake is van een proportionele behandelduur indien het volgende geldt:

- De gemiddelde behandelduur komt overeen met de prognose.

2.6 Optimalisatie

Kwaliteit en wel in de zin van kwaliteitsverbetering is een vast en belangrijk onderdeel van de planning en controlcyclus binnen de sector terbeschikkingstelling. De klinieken dienen hierover onder andere op basis van de handleiding “Planning & Control, Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra” van DForZo te rapporteren. In het volgende wordt

eerst ingegaan op de praktijk van kwaliteitsverbetering. Vervolgens wordt ingegaan op de invalshoek van dit onderzoek om te streven naar het optimaliseren van de terbeschikkingstelling.

2.6.1 Kwaliteitsverbetering op basis van de planning en controlcyclus

DForZo reikte in de achtereenvolgende handleidingen “Planning & Control, Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra” speerpunten aan en vroeg dan in te gaan op de ontwikkelingen daarvan, met ook aandacht voor de eigen speerpunten van FPC Oldenkotte. Voorbeelden van speerpunten van DForZo zijn recidivevermindering, ketensamenwerking en continuïteit van zorg en kwaliteitsverbetering van de geboden zorg. FPC Oldenkotte verwerkte de eerste jaren van het onderzoek de eigen speerpunten in een tabel van tien punten, bijvoorbeeld op het vlak van het gebruik van de separeer, suïcidepogingen, geweld tegen personeel en patiënten en verzuim (zie par. 2.2). Later is de INK-methodiek toegepast waarmee de beperking tot tien speerpunten verviel.

De vaste tabel van indicatoren op basis van de handleiding van DForZo betrof punten als bezettingsgraad, eerste opnames, ontvluchtingen, onttrekkingen, geweldsincidenten, gegronde klachten, gemiddelde behandelduur (van de populatie op 31 december en van de patiënten van wie de terbeschikkingstelling was beëindigd), uitstroom en recidives tijdens de uitvoering van de terbeschikkingstelling. De bijgaande vraag was de doelstellingen te relateren aan de scores van de afgelopen jaren en deze toe te lichten. Daarnaast werd een set prestatie-indicatoren gehanteerd in het kader van doelmatigheid. Deze indicatoren geven aan welk percentage van de patiënten van de eerste opnames, te weten patiënten die niet eerder in een ander forensisch psychiatrisch centrum zijn behandeld, per soort verlofmachtiging binnen een bepaald aantal jaren de machtiging heeft. Ook zijn de eerste overzichten met de recidivecijfers op instellingsniveau gepresenteerd. De jaarlijkse uitvraag op basis van de set indicatoren forensische zorg betreft het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten, continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel, meten van het delict risico, recidive tijdens de strafrechtelijke titel en geweldsincidenten. Aan de doorontwikkeling van deze set wordt actief gewerkt, met als doel zoveel als mogelijk tot uitkomstindicatoren te komen.

DForZo heeft op basis van indicatoren en andere gegevens uit MIP een “Dashboard FPC” ontwikkeld waarin de forensisch psychiatrische centra in een matrix afgezet worden tegen indicatoren, waarnodig omgerekend naar een populatie van 100 patiënten, waardoor klinieken met elkaar vergeleken kunnen worden. Het dashboard is intern bij DForZo ontwikkeld met als doel een algemeen beeld te krijgen van een kliniek in relatie tot de andere klinieken. Voorbeelden van indicatoren zijn bezettingsgraad, aantal recidiven tijdens en na de terbeschikkingstelling, oordeel van de verlofunit over de kwaliteit van de aanvragen en de samenwerking, aantal nieuwe verlofmachtigingen, geweldsincidenten tegen personeel, oordeel van de afdeling Plaatsing DForZo over samenwerking/proces, gegronde klachten en ziekteverzuim. Door te werken met vier klassen die lopen van slecht, via matig en voldoende/goed naar zeer goed in combinatie met kleuren worden de relatieve posities gevisualiseerd. Het dashboard werd met ingang van 2012 ook gebruikt om in het

jaarplangesprek met DForZo het beeld met het betrokken forensisch psychiatrisch centrum te bespreken. Bij deze gelegenheid werden de indicatoren van de andere klinieken geanonimiseerd. DForZo pretendeerde niet met dit dashboard een compleet beeld te hebben van de kliniek. In de voorbereiding van het gesprek bleek dat er weinig harde conclusie waren te maken. Ook liet de betrouwbaarheid van een aantal data te wensen over. Op basis van het gesprek werden dan ook geen besluiten genomen of werd er afgerekend.¹⁷²

Opvallend aan deze invalshoek is dat de behandelduur kon stijgen, het aantal eerste opnames kon dalen, het aantal onttrekkingen kon fluctueren evenals het aantal klachten en het geweld. Een mindere prestatie verhoogde daarbij de kans op verbetering een jaar later. Hoewel doelgericht is uiteindelijk onduidelijk waar naar toe is gewerkt, waar het forensisch psychiatrisch centrum of de sector op basis van de achtereenvolgende “jaarlijkse verbetering” eigenlijk had moeten staan.

Een ander punt is dat de invalshoek van de verlofunit, die gericht is op het minimaliseren van het aantal afgewezen verlofaanvragen in het dashboard, in strijd is met de doelstelling zoveel mogelijk machtigingen te realiseren. En ook een hoge score op de bezettingsgraad spoort niet met een hoge uitstroom, zeker niet in een periode zonder wachtlijsten. Een goede positie op de indicator behandelduur bij uitstroom zal moeilijker haalbaar zijn voor een forensisch psychiatrisch centrum welke goed scoort op de indicator overplaatsingen. Een verbetering op het vlak van een indicator kan daarom contraproductief uitwerken als het gaat om te werken aan een geloofwaardige sector en een proportionele behandelduur, hoewel de kwaliteit gezien de indicator duidelijk toeneemt. Het dashboard maakte deze sub-optimalisatie duidelijk, waar bijvoorbeeld van geleerd is in het geval van de samenwerking tussen FPC Oldenkotte en de verlofunit.

2.6.2 Kwaliteitsverbetering op basis van optimalisatie

Optimaliseren veronderstelt de aanwezigheid van een optimum waar naartoe gewerkt kan worden. Het werkelijk bereiken van dat optimum zal ook aanpassingen in de organisatie tot gevolg kunnen hebben. Soms betekent optimaliseren wellicht hetzelfde beter doen, maar ook zullen andere manieren van werken ontwikkeld moeten worden. Afhankelijk van de situatie is er sprake van single-loop of double-loop learning.¹⁷³ Een andere invalshoek is die van de PDCA-cyclus, te weten plan – do – check – act, onder andere te gebruiken in het kader van ‘verbeteren en vernieuwen’ op basis van het INK-model.¹⁷⁴

Verondersteld mag worden dat wat betreft de algemene wens op het vlak van recidive het optimum zich op nul bevindt. Iets dat niet haalbaar is valt echter wiskundig gezien buiten het bereik van de variabele, geschetst wordt een soort imaginair beeld van de werkelijkheid. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor het aantal onttrekkingen,

¹⁷² Bron: Brief DforZo aan FPC Oldenkotte, Dashboard tbv jaarplangesprekken 25 november 2013, Dashboard FPC versie Jaarverslag 2011, Dashboard FPC versie Jaarverslag 2012.

¹⁷³ Argyris 1992, p.8.

¹⁷⁴ ink.nl/model/ink-managementmodel.

suïcidepogingen, separaties of geweldsincidenten. Het is ook niet realistisch om het optimum van de behandelduur gelijk te stellen met de optelsom van de proceduredtijd die de respectievelijke machtigingen kosten, of te verwachten dat alle dynamische risicofactoren op het moment van beëindiging op nul staan, de minst risicovolle score. De mogelijkheden van de patiënt, de professional en de methodiek zijn beperkt, hoewel ook in dit opzicht verbetering mogelijk is waardoor het optimum kan verschuiven.

Het onbekende en op momenten zelfs het dynamische karakter van het optimum, het uiteindelijke doel waarnaar gestreefd wordt, vereist een leren. Dit betekent dat in dit onderzoek optimaliseren gezien wordt als het er al lerend stap voor stap achter komen welke elkaar aanvullende variabelen belangrijk zijn, wanneer op basis daarvan de best haalbare situatie bereikt kan worden, en wat daar voor nodig is. Randvoorwaarden zijn dan een continue monitoring en transparantie. Een continue monitoring is nodig om op basis van de dynamiek kansen of bedreigingen te zien, en transparantie om duidelijk te maken dat het om een leerproces gaat dat gezien mag worden, ook op moeilijke momenten die daar nu eenmaal bijhoren, en ideeën en kritiek welkom zijn.

De uitwerking van de geloofwaardigheid en de proportionaliteit heeft geleid tot een uitsplitsing in een aantal deelgebieden die van belang zijn. Geloofwaardigheid en proportionaliteit zijn met elkaar verweven. In het verloop van het onderzoek zullen aan de hand van de resultaten van FPC Oldenkotte, en waar mogelijk in relatie tot resultaten op sectorniveau, verbanden gelegd worden tussen te verbeteren variabelen uit de praktijk van de terbeschikkingstelling en de factoren in onderstaand schema. Ter afsluiting van de hoofdstukken waarin resultaten van het onderzoek gepresenteerd worden, wordt het onderstaande schema van de factoren die van belang zijn voor een geloofwaardige terbeschikkingstelling en een proportionele behandelduur aangevuld met variabelen. Aan de variabele wordt vervolgens een waarde gekoppeld die haalbaar dient te zijn. Door deze waarde te halen dient het effect te zijn dat de variabele een positieve bijdrage levert aan de ontwikkeling van de geloofwaardigheid van de sector terbeschikkingstelling of de proportionaliteit van de behandelduur.

Geloofwaardigheid

- Laag aantal recidives
- Laag aantal onttrekkingen
- Laag separeergebruik
- Proportionele behandelduur
 - Een proportionele behandelduur komt overeen met de prognose

2.7 Werkwijze

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in FPC Oldenkotte, de kliniek waar ik gedurende het onderzoek en vele jaren daarvoor heb gewerkt. Naast onderzoeker was ik gedurende de onderzoeksperiode beleidsmedewerker. Mijn belangrijkste taken waren het ontwikkelen en aanleveren van patiëntgerelateerde managementinformatie, controle aan het primair

proces met de nadruk op het verlofmanagement, het onderhouden van de planning en control cyclus en advisering van de raad van bestuur.

In de jaren voorafgaand aan en gedurende het onderzoek heb ik delen van de behandelstructuur binnen het onderzoeksterrein zelf of in samenwerking met collega's tijdens projecten ontworpen en de formulering van doelstellingen binnen het primaire proces voorbereid. Tevens ben ik bij de invoering van de concepten actief of reactief betrokken geweest. Ook reactief op die momenten dat de invoering onvoldoende op gang dreigde te komen.

Het doen van onderzoek in een dergelijke context kent een aantal valkuilen. In de eerste plaats is er de persoonlijke wens tot de bedoelde resultaten te komen die FPC Oldenkotte positief kunnen doen onderscheiden. Verder is er de solidariteit met collega's die mogelijk ten koste kan gaan van de kritische blik en scherpheid bij het zoeken naar kennis. Mogelijke met elkaar samenhangende belemmerende krachten zijn die van groupthink, symbiose en diskwalificatie. Het risico eventueel onderdeel te worden van deze dynamiek of het object zijn daarvan, is het mogelijke effect van een beperking in denken tot een tunnelvisie, al of niet in reactie, wat ten koste gaat van de intellectuele onafhankelijkheid. In een potentieel stressvolle omgeving als een forensisch psychiatrisch centrum is het risico op een dergelijke groepsdynamiek reëel.¹⁷⁵ Op een gegeven moment bleek bijvoorbeeld dat van een aantal achtereenvolgende in het informatiesysteem ingevoerde behandelplannen van een patiënt, dat deze technisch wel correct ingevoerd waren, maar het behandelplan of inhoudelijk leeg was, of een oud behandelplan bevatte of gevuld was met een verwijzing naar een oud behandelplan. Een hoofd behandeling en meerdere behandelingscoördinatoren waren hierbij betrokken. De behandelplannen waren namens een collega behandelingscoördinator ingevoerd omdat het zonder een in technisch opzicht actueel behandelplan niet mogelijk was verlopen te plannen en de patiënt dus niet op verlof kon. Het beleid was dat het niet verantwoord was een patiënt op verlof te laten gaan die geen actueel behandelplan had. Dan is het belangrijk het geheim niet te negeren maar te bespreken, te zorgen voor transparantie, eventueel met behulp van de managementinformatie. Dit helpt tevens de onderzoeksresultaten op waarde te schatten. En uiteindelijk wordt door dit handelen zelfs de receptie, die de patiënt na controle uitlaat, belemmerd in het functioneren.

Deze kwetsbaarheid past binnen de risico's van een gevalstudie waarbij sprake is van participerend onderzoek. Het is niet alleen deze situatie die kan werken als een valkuil. Ervaring die ik in ruime mate heb kunnen opdoen kan ook verward worden met wetenschappelijke kennis. Ervaring is echter niet expliciet op kwaliteit getoetst. Mijn op ervaring gebaseerde kennis heb ik echter wel gebruikt om op ideeën te komen, wezenlijk voor praktijk onderzoek.¹⁷⁶

Er is sprake van een gevalstudie omdat het de bedoeling was door middel van een indringende bestudering van FPC Oldenkotte te komen tot kennis die in de eerste plaats

¹⁷⁵ Brehm, Kassir & Fein 2002, p. 247.

¹⁷⁶ De Leeuw 2003, p. 103.

betekenisvol is voor de kliniek.¹⁷⁷ Een belangrijk kritiekpunt op de gevalstudie is het probleem van generaliseerbaarheid. Hoe kun je uit een klein aantal gevallen iets concluderen over een grotere populatie?¹⁷⁸ Het is belangrijk te blijven zien dat er bij de generalisatie stappen worden gedaan die niet op empirische evidentie berusten, maar vooral op de interpretatie en argumentatie van de onderzoeker. En het resultaat heeft daarom een vooralsnog hypothetisch karakter.¹⁷⁹ Het onderzoek is erop gericht een theoretisch kader te vormen en te verrijken dat handvatten biedt bij soortgelijke casussen.¹⁸⁰ Door confrontatie van de meetresultaten van FPC Oldenkotte met die van de sector van de terbeschikkingstelling is getracht waar mogelijk de generaliseerbaarheid te vergroten om op deze manier het kader te versterken.

Binnen het kader van de gevalstudie kent het onderzoek in FPC Oldenkotte aspecten van longitudinaal onderzoek vanwege de bedoeling de effecten van beleidsinterventies na te gaan.¹⁸¹ Tevens kan het onderzoek gekenmerkt worden als een variant van participerend onderzoek dat actieonderzoek wordt genoemd. Er is niet alleen sprake van het meewerken in de bedrijfssituatie maar ook worden aanbevelingen gedaan. Deze vorm van onderzoek vraagt van de onderzoeker zowel echte betrokkenheid als methodische distantie.¹⁸²

De metingen in het onderzoek aan het primair proces zijn kwantitatief, veelal op rationiveau als het gaat om bijvoorbeeld behandelduur of onttrekkingen maar ook wel ordinaal in het geval van risicofactoren. De frequentie van de metingen varieert van maandelijks, driemaandelijks tot jaarlijks. Maar ook is gebruik gemaakt van metingen over een kortere periode of een illustratie op basis van managementinformatie als voorbeeld van een bepaalde dynamiek. De analyse vindt vervolgens plaats door de dynamiek in de waarnemingsresultaten betekenis te geven, al of niet op basis van confrontatie tussen de metingen van FPC Oldenkotte en de sector van de terbeschikkingstelling.

De longitudinale invalshoek – ontwikkelingen zijn over het verloop van een aantal jaren gemeten – maakt het tevens beter mogelijk de resultaten van FPC Oldenkotte op het vlak van de behandelduur te vergelijken met die van de sector. De mogelijkheden van vergelijking en daarmee het verwerven van kennis zijn groter omdat het onderzoek dan niet beperkt wordt tot een min of meer statische situatie waarin de stand van zaken, maar ook de al of niet aanwezige dynamiek met elkaar vergeleken kan worden. De dynamiek betreft niet alleen een eventueel waargenomen verschil in de tijd ofwel de snelheid waarmee dit gebeurt, maar ook zo mogelijk de versnelling. Dit maakt het beter mogelijk tot uitspraken te komen, ook waar vertrekpunten van verschillende klinieken niet hetzelfde zijn. Dit verbetert de mogelijkheden om de resultaten van het onderzoek te generaliseren

¹⁷⁷ Swanborn 2013, p. 15.

¹⁷⁸ De Leeuw 2003, p. 96.

¹⁷⁹ Swanborn 2013, p. 147.

¹⁸⁰ Niederkofler 1991, p. 239.

¹⁸¹ Swanborn 2013, p. 31.

¹⁸² De Leeuw 2003, p. 98.

om daarmee de bruikbaarheid van dit onderzoek te vergroten, een belangrijk aspect van praktijkgericht onderzoek.¹⁸³

In eerste instantie is aan de hand van literatuur onderzocht of de daling van het aantal opleggingen wel een maatschappelijk probleem is, in die zin of daardoor de maatschappelijke veiligheid afneemt. Daartoe is de ontwikkeling van het aantal opleggingen afgezet tegen ontwikkelingen in het gevangeniswezen en de rechtspraak. Om aan een eventueel verschil in trends betekenis te kunnen geven is op basis van recidivecijfers nagegaan wat het verschil in effectiviteit is tussen terbeschikkingstelling en strafoplegging.

Tevens is op basis van bestaande overzichten en literatuur onderzocht in hoeverre de veronderstelling correct is dat de behandelduur sterk is toegenomen en of deze toename van bepalende invloed is op de daling van het aantal opleggingen. Aansluitend is op basis van literatuur en de praktijk nader onderzocht hoe de behandelduur voor het verdere onderzoek te definiëren. Vervolgens is aan de hand van de praktijk in FPC Oldenkotte onderzocht of de behandelduur te beschouwen is als een afhankelijke variabele.

Om na te gaan hoe de behandelduur en de geloofwaardigheid te kunnen beïnvloeden is eerst een model ontwikkeld dat de complexe werkelijkheid van de behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum en de rechtsgang op een behapbare manier weergeeft. Daarbij was het belangrijk dat het model toch voldoende detail kende om tot een analyse te kunnen komen hoe variabelen te onderkennen die mogelijk van invloed zijn op de behandelduur. Hiertoe is gebruik gemaakt van de procestheorie, het kwaliteitsmodel INK en de procesbeschrijving van de terbeschikkingstelling zoals vastgelegd tijdens de parlementaire enquête onder voorzitterschap van Drs. A. Visser. Het model is vervolgens verder ingevuld op basis van een eerder onderzoek naar de procesgang in FPC Oldenkotte, rekening houdend met de actuele praktijk.

Het model is vervolgens ingezet om in de praktijk systematisch op micro-, meso- en macroniveau in te kunnen zoomen op mogelijk relevante variabelen. Op basis van dit model is per niveau op basis van literatuuronderzoek en beleidsstukken de ontwikkeling weergegeven die geleid heeft tot de manier van werken en bijbehorende beleidsontwikkelingen, met nadere achtergrondinformatie. Vervolgens is op basis van beleidstukken en de praktijk de actuele situatie beschreven als het gaat om hoe de kliniek op dat niveau werkt. Binnen dit raamwerk zijn de resultaten op basis van metingen aan de praktijk in FPC Oldenkotte in kaart gebracht en is nagegaan of deze resultaten mogelijk bijdragen aan de oplossing van het dilemma van het gebrek aan proportionaliteit en geloofwaardigheid van de sector. Waar mogelijk heb ik de resultaten van FPC Oldenkotte geconfronteerd met die van de sector van de terbeschikkingstelling. Zoals hiervoor beschreven is het schema van de geloofwaardigheid op basis van resultaten stelselmatig aangevuld (zie par. 2.6.2).

¹⁸³ Swanborn 2013, p. 61.

Op basis van dit materiaal heb ik na discussie en conclusie een aantal aanbevelingen geformuleerd gericht op het herstel van de proportionaliteit van de behandelduur en de geloofwaardigheid van de sector terbeschikkingstelling.

2.8 Presentatie

In de volgende hoofdstukken wordt eerst een verkenning uitgevoerd rond groei en krimp van de terbeschikkingstelling. Dan worden de verschillende manieren besproken om de behandelduur te meten. Dit leidt in combinatie met de doelstelling van het onderzoek tot de keuze voor één bepaalde systematiek. De analyse van de invloed van de behandelduur in combinatie met onderzoek naar de effectiviteit van de terbeschikkingstelling leidt dan tot conclusies over de relatie tussen behandelduur en veiligheid. Vervolgens wordt een model ontwikkeld om aangrijpingspunten te kunnen vinden hoe aan de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling en het terugbrengen van de behandelduur te werken. Dit leidt tot drie invalshoeken die achtereenvolgens in de daaropvolgende hoofdstukken uitgewerkt worden. Deze invalshoeken zijn afwijkingen, verlofmanagement en resultaatgerichtwerken. Per invalshoek is er eerst een oriëntatie van het domein, vervolgens zijn de onderliggende interventies of concepten beschreven, waarna de meetresultaten volgen. Na de discussie volgen conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 3 De onveiligheid van de veiligheid

De veiligheid van de samenleving is de eerste verantwoordelijkheid van de sector van de terbeschikkingstelling. De doelstelling van de behandeling is het terugbrengen van het recidiverisico tot een aanvaardbaar niveau. Nu is een aanvaardbaar niveau geen absoluut gegeven, en niet uit te leggen aan de medeburger die het treft slachtoffer te worden. Er is altijd een risico. Maar de samenleving accepteert geen risico. Incidenten tijdens een verlof roepen heftige reacties op in media en politiek. Het aantal krantenkoppen in de landelijke dagbladen is tussen 2001 en 2005 toegenomen van 74 naar 286. Als gekeken wordt naar het aantal krantenkoppen over (risico op) incidenten door terbeschikkinggestelden dan is er sprake van een stijging van 7 naar 77. Het aantal incidenten bleek echter redelijk stabiel en bewoog zich over deze periode rond de 10.¹⁸⁴

Een verdediging bestaat er niet in het geval van een ernstig incident, er wordt hierbij wel gesproken over de rol van medialogica. Aanbevolen wordt “het gegeven van medialogica te erkennen, maar daar als betrokken actoren (politici, bestuurders, tbs-klinieken, mediaorganisaties) een eigen verantwoordelijkheid in te nemen. Daarvoor is het nodig om het proces van medialogica bij de verschillende actoren te adresseren en te doordenken welke betekenis dit heeft voor het eigen optreden.” Het overkoepelende mechanisme dat wordt voorgestaan is “het produceren van meer objectiviteit: wat zijn de risico’s? Wat zijn de verschillende opties om daarmee om te gaan? Welke behandeling of bestraffing werkt en welke niet? Wat zijn daarvan de voor- en nadelen en voor wie?” Op het niveau van de forensisch psychiatrische centra kan dit ter illustratie een strategie inhouden waarbij de klinieken “actief werk maken van de verantwoording naar het publiek (met waarborgen voor de onafhankelijkheid): bijvoorbeeld via een periodieke tbs-monitor, via publieke informatiebijeenkomsten, via vergelijkende rapportages (ten opzichte van het buitenland, ten opzichte van het gevangeniswezen of ten opzichte van andere tbs-klinieken).”¹⁸⁵ Een recidive is per definitie een falen, kan op zijn hoogst niet verwijtbaar zijn. Daarbij past het om reden van pieteit met het slachtoffer niet publiek in de verdediging te gaan. De roep om veiligheid heeft tot een serie sectorbrede maatregelen geleid gericht op het verminderen van de risico’s.

Er is zoals eerder gesteld een kwaliteitsslag gemaakt (zie par. 2.4.1), maar er is ook het risico van ongewenste effecten. Voorbeelden van ontwikkelingen die tot ongewenste effecten kunnen leiden zijn het detailniveau waarin bij een verlofaanvraag aangegeven moet worden waar een patiënt naar verwachting zal resocialiseren of de maatregel dat een kliniek in principe een jaar lang geen verlofmachtiging kan aanvragen voor een patiënt die zich aan toezicht heeft onttrokken. Genoemde interventies kunnen leiden tot een (onnodige) verlenging van de behandelduur.

¹⁸⁴ RMO 2006, p. 25, 26, 30.

¹⁸⁵ RMO 2006, p. 39,40.

Het aantal opleggingen is gemeten vanaf de laatste piek rond 2003 en 2004 meer dan gehalveerd. Dit lijkt strijdig met de onverminderde roep om veiligheid in de samenleving. Het is tenslotte zo dat hoe minder patiënten behandeld worden, hoe minder veiligheid er door de forensisch psychiatrische centra geproduceerd wordt. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ontwikkelingen in de sector, of de krimp buiten proportie is ten opzichte van de ontwikkeling van het aantal potentiële terbeschikkinggestelden en welke redenen meespelen als het gaat om de afname van het aantal opleggingen. Tot slot wordt nagegaan of er mogelijk sprake is van een toename van de onveiligheid op basis van de ontwikkelingen in de sector.

3.1 Achtergronden en trends rond de terbeschikkingstelling

De sterke daling van het aantal opleggingen van terbeschikkingstelling met dwangverpleging is niet voorzien.¹⁸⁶ Er is een grote overcapaciteit ontstaan. Het aantal afgesproken plaatsen voor 2012 is 1952, terwijl de bezetting eind 2012 uitkomt op 1659 patiënten.¹⁸⁷ Er vallen ontslagen of tijdelijke contracten worden niet verlengd. En er is onmacht, het lijkt de sector te overkomen. Centraal in deze paragraaf staat de ontwikkeling van de bijdrage van de veiligheid aan de samenleving. Een ander aandachtspunt is de aanleiding tot de afname van het aantal opleggingen. Ook wordt nagegaan in hoeverre de trend maatschappelijk passend is en verantwoord.

3.1.1 Groei en krimp van de sector terbeschikkingstelling

Groei en krimp zijn geen nieuwe fenomenen in de historie van de tbs. Er hebben zich sinds de invoering van de ‘psychopathenwet’ in 1928 meerdere fluctuaties in het aantal opleggingen terbeschikkingstelling voorgedaan. Het Rijksasiel in Leiden voor psychopaten en de binnen de traditie van de dan heersende verzuiling op 1 juli 1929 gestarte protestantse tbr¹⁸⁸ kliniek Oldenkotte te Rekken alsmede de 31 augustus 1930 voor de tbr-patiënten ingerichte afdeling van het rooms-katholieke psychiatrisch ziekenhuis St. Willibrord te Heiloo, kunnen al snel de toevloed van patiënten niet aan. In 1930 werden 154 terbeschikkingen opgelegd. Het rijksasiel te Leiden, Oldenkotte en het St-Paulushuis kenden eind 1930 op een capaciteit van 88, 40 en 40 een bezetting van respectievelijk 87, 36 en 37.¹⁸⁹ Naast de hoge aantallen was de ernst van de problematiek en gevaarlijkheid voor de open inrichtingen een te groot probleem. Het rijksasiel te Leiden is vervolgens ook niet in staat de toestroom te verwerken. Voorjaar 1933 is het Rijksopvoedingsgesticht Huize Veldzicht in Avereest tot Noodasiel voor TBR benoemd, dit kon even voor de nodige verlichting zorgen. Vanwege de sterke groei van de maatregel is op 21 april 1933 de ‘psychopathen noodwet’ ingevoerd, in de praktijk de ‘stopwet’ genoemd. Officiëren van

¹⁸⁶ Commissie Visser 2006, p. 16.

¹⁸⁷ Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg, Zorginkoop, Tenderovereenkomst V, 23 juli 2012.

¹⁸⁸ De tbr (terbeschikkingstelling van de regering) is de voorloper van de in 1988 ingestelde TBS (terbeschikkingstelling).

¹⁸⁹ Hofstee 1987, p. 184 – 187.

justitie kregen bij wet de opdracht zuinig te zijn met het eisen van de tbr-maatregel. Na de Tweede Wereldoorlog is de noodwet opgeheven.¹⁹⁰

Een sterke stijging is dan weer het gevolg, in 1947 en 1948 respectievelijk 358 en 367, tot gemiddeld 250 tbr-opleggingen per jaar. Er volgt een daling vanaf 1959 tot ongeveer 100 opleggingen tbr.¹⁹¹ Het 'dieptepunt' van na de Tweede Wereldoorlog wordt bereikt in 1979 met 68 opleggingen. Vervolgens stijgt het aantal opleggingen langzaam, dit met een enkele opvallende fluctuatie (106 in 1985 en 76 in 1987).¹⁹² Het aantal opleggingen in 1990 is 95¹⁹³, waarna een continue stijging zich inzet. De rapportage in 'TBS een bijzondere maatregel' spreekt daarentegen van 88 opleggingen in 1990, de toelichting bij de tabel suggereert dat omzettingen na terbeschikkingstelling met aanwijzing na 31 december van het lopende jaar niet zijn meegenomen. Het aantal terbeschikkingstellingen met aanwijzing bleek bij onderzoek in 1993 beperkt, tussen de 15 en 19. Daarbij was in deze populatie in geen enkel geval sprake van een omzetting, dit bleek kennelijk een moeilijk begaanbaar pad.¹⁹⁴ Tot september 1988 was er sprake van voorwaardelijke t.b.r., vervolgens van tbs met aanwijzing waarna vanaf oktober 1997 sprake is van tbs met voorwaarden. De laatste overgang heeft de mogelijkheid tot omzetting in terbeschikkingstelling met dwangverpleging gemakkelijker gemaakt en lijkt daarmee meer op de voorwaardelijke t.b.r.¹⁹⁵ De meest recente piek van het aantal opleggingen is bereikt in de jaren 2003 en 2004 (zie tabel 1). Na de daling tot iets boven de 100 opleggingen per jaar, dit inclusief de omzettingen van de terbeschikkingstelling met voorwaarden in een terbeschikkingstelling met verpleging, doet zich in 2013 weer een relatief opvallende daling van het aantal opleggingen voor.¹⁹⁶ Het aantal opleggingen in 2014 staat mei 2015 op 94, hieronder vallen nog geen omzettingen. Indien een terbeschikkingstelling met voorwaarden omgezet wordt in een terbeschikkingstelling met dwangverpleging wordt de oplegging toegewezen aan het jaar waarin de terbeschikkingstelling met voorwaarden is opgelegd. Dit betekent dat het aantal onvoorwaardelijke opleggingen gemeten over de laatste jaren nog iets zal stijgen.

¹⁹⁰ npogeschiedenis.nl/andere-tijden/afleveringen/2003-2004/TBR.html.

¹⁹¹ WODC, tbs of gevangenisstraf, augustus 1979, p.1.

¹⁹² Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen 1991, p. 97.

¹⁹³ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger, p.249.

¹⁹⁴ Leuw 1993, p. 12.

¹⁹⁵ Van Vliet & Kokken 2009, p. 311, 314.

¹⁹⁶ Tabel 1 betreft de situatie op 19 mei 2015, latere omzettingen van tbs met voorwaarden worden per definitie toegewezen aan het jaar van oplegging tbs met voorwaarden.

Tabel 1: Aantal opleggingen tbs met verpleging per jaar, en het aantal omzettingen na tbs met voorwaarden dat daar deel vanuit maakt

Jaar	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Opl ¹	154	192	216	240	238	213	179	185	129	117	105	111	109	87
Omz ²	12	20	15	16	21	16	18	5	11	8	11	10	12	3

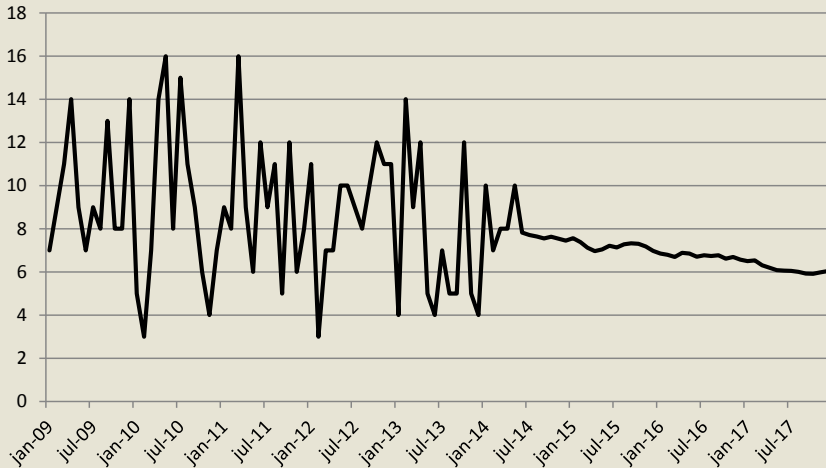
¹aantal opleggingen per jaar; ²aantal omzettingen van tbs met voorwaarden in tbs met verpleging

Bron: MIP

3.1.2 Trend in het aantal opleggingen terbeschikkingstelling

Het aantal opleggingen per maand fluctueert (zie grafiek 1). Vanaf mei 2013 doet zich een plotselinge daling van het aantal opleggingen voor, een daling die een normale fluctuatie lijkt te overtreffen. Dit is opvallend omdat in het voorjaar van 2013 de terbeschikkingstelling zowel in de politiek als in de media prominent in de aandacht heeft gestaan. Hierbij is onder andere de nodige aandacht besteed aan de doelstelling de behandelduur terug te brengen tot acht jaar. De beweging in het aantal opleggingen maakt de indruk dat de belanghebbenden die nog niet op de hoogte waren van de sterk gestegen behandelduur nu ook ingelicht waren en daar consequenties aan verbonden hebben. Van af begin 2014 is er vervolgens sprake van een beperkt herstel.

Grafiek 1: Aantal opleggingen tbs per maand (vanaf juni '14 geldt een prognose op basis van het aantal eerdere opleggingen)



Bron: MIP

De aanleiding tot deze publiciteit was de besluitvorming om in het kader van het terugbrengen van de capaciteit van de sector vast te stellen welke klinieken zouden moeten sluiten. Naar aanleiding van het voorgenomen besluit is er heftig geprotesteerd en zijn er intensieve politieke discussies gevoerd. De besluitvorming vond plaats op basis van het convenant dat de staatssecretaris van het ministerie van Veiligheid en Justitie (MV&J) had gesloten met GGZ Nederland en de vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.¹⁹⁷

Het budget voor forensische zorg diende te krimpen van 725 miljoen euro in 2012 naar 602 miljoen euro in 2017. Eén van de geformuleerde doelstellingen om dit te bereiken was het terugbrengen van de behandelduur van gemiddeld tien jaar naar acht jaar in 2017. De onderbouwing was: “Het is veel beter als patiënten bij gebleken goede behandelresultaten doorstromen naar een goedkoper regime met meer vrijheden, c.q. minder restricties, met een lagere behandelintensiteit. Als de behandelduur kan worden verkort kan er gesubstitueerd worden, er kan meer ‘lagere’ capaciteit worden ingekocht, onder gelijktijdige afbouw van de hoeveelheid hoogbeveiligde en zorg-intensieve plaatsen.” En “Is na acht jaar nog een vorm van zorg nodig, dan zal dit in een andere, goedkopere setting dienen te geschieden, mits de gevaarsrisico’s en de zorgzwaarte dit toelaten.”

¹⁹⁷ Meerjarenovereenkomst Forensische zorg, 2013 tot en met 2017, 3 april 2013.

Wordt zoals weergegeven in de grafiek op basis van de maandcijfers vanaf 2009 tot en met mei 2014 de trend doorgetrokken, dan daalt het aantal opleggingen per maand verder naar rond de 5,7 ofwel ongeveer 70 per jaar. Inclusief het aantal omzettingen lijkt op basis van deze berekening de verwachting gerechtvaardigd dat gegeven de huidige situatie een evenwicht bereikt wordt van nieuwe instroom in de terbeschikkingstelling van tussen de 75 en 80 per jaar. Blijkt op basis van de lichte stijging over 2014 de daling in 2013 een tijdelijke fluctuatie te zijn, dan lijkt een instroom van tussen de 90 en 110 patiënten voor de komende jaren een realistische schatting. Deze prognose is een indicatie dat het aantal potentiële terbeschikkinggestelden dat geen terbeschikkingstelling krijgt opgelegd wellicht stabiliseert.

3.1.3 Aantal beëindigingen van de terbeschikkingstelling

Zoals op basis van de ontwikkeling van het aantal opleggingen verwacht mag worden laat het aantal beëindigingen ook een sterke stijging zien. Het is opvallend dat het aantal beëindigingen pas in 2004 uitkomt boven het aantal opleggingen in 1990 dat dan 95 is en daarna gestaag toeneemt.¹⁹⁸ Dit is een indicatie van de stijgende behandelduur en verklaart de almaar stijgende vraag naar capaciteit. De piek in het aantal beëindigingen in 2004 is opmerkelijk, zeker in combinatie met de jaren 2004 en 2005 die gekenmerkt werden door een hoge turbulentie vanwege ernstige incidenten en moties van afkeuring en wantrouwen naar de minister¹⁹⁹, maar ook vanwege de omzetting van woonverlof met een maximale duur van zes maanden in het niet in tijd beperkte transmuraal verlof (Stb 2005, nr.400, p. 5). Pas in 2011 wordt het aantal beëindigingen van 2004 overtroffen.

In 2013 is het aantal patiënten dat een eerste beëindiging kent op basis van een al of niet voorwaardelijke beëindiging tot 224 gestegen. Het aandeel van de niet voorwaardelijke beëindigingen kent in 2013 een sterke daling vanwege het feit dat vanaf 1 mei 2013 een onvoorwaardelijke beëindiging voorafgegaan moet worden door een voorwaardelijke.²⁰⁰ Het aantal beëindigingen van de terbeschikkingstelling vanwege het overlijden van de patiënt is niet te verwaarlozen. Vanaf 2009 is het aantal al of niet voorwaardelijke beëindigingen van de terbeschikkingstelling inclusief het aantal overledenen groter dan het aantal opleggingen (zie tabel 1, par. 3.1.1 en tabel 2).

Dit leidt ertoe, met enige vertraging vanwege de opgelegde strafoplegging en passantentijd, dat medio 2010 voor het eerst sinds lange tijd sprake is van een daling van het aantal terbeschikkinggestelden in behandeling. De daling van het aantal terbeschikkinggestelden in behandeling zet op basis van deze gegevens bij een onveranderd aantal opleggingen de komende jaren door.

¹⁹⁸ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p. 249.

¹⁹⁹ Kamerstukken II 2003/04, 29 452, 4; Kamerstukken II 2004/05, 29 452, 24.

²⁰⁰ Art. 38 g Sr, aankondiging in de Staatscourant 29 april 2013.

Tabel 2: Aantal beëindigingen tbs per jaar en aantal eerste beëindigingen uitgesplitst naar beëindiging tbs, voorwaardelijke beëindiging tbs en overlijden

	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Einde tbs	88	80	83	120	98	111	101	97	96	109	151	179	178
1 ^e einde													
Einde tbs	43	50	55	61	44	60	56	55	49	48	67	64	45
Vw einde	35	34	51	42	50	34	16	57	69	119	117	136	179
Overlijden	5	6	6	13	10	12	11	13	12	14	13	13	11

Bron: MIP, Forensische zorg in getal 2006 - 2010

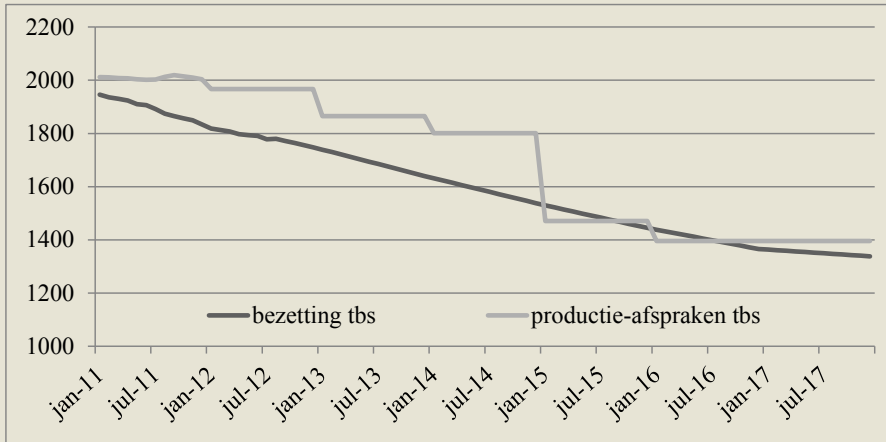
3.1.4 Prognose van de toekomst van de terbeschikkingstelling

September 2012 is een prognose opgesteld van de bezetting van de terbeschikkingstelling afgezet tegen de door DForZo vastgelegde afbouw van de capaciteit, dit voor het Onderlinge Directeuren Overleg (ODO) van de forensisch psychiatrische centra (zie grafiek 2).²⁰¹ De belangrijkste aannamen in dit model zijn dat de behandelduur terugloopt naar gemiddeld negen jaar en het aantal opleggingen stabiel op 100 blijft. Voor wat betreft de capaciteit is uitgegaan van de situatie zoals geschetst in de tender V overeenkomst.²⁰² Deze overeenkomst liep tot en met 2014. Vanaf 2015 is de capaciteit als aanname opgehoogd met het deel van de tender V, dat bedoeld was voor de longstay, te weten 100 plaatsen. Per 31 december 2014 is de werkelijke bezetting gedaald naar 1542.²⁰³

²⁰¹ Goosensen, Prognose vraag tbs capaciteit, september 2012.

²⁰² Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg, Zorginkoop, Tenderovereenkomst V, 23 juli 2012.

²⁰³ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit, peiling mei 2015.

Grafiek 2¹: Verloop van de bezetting tbs afgezet tegen de productie-afspraken met DForZo

¹ Voor het verloop van de bezetting tbs geldt dat er vanaf september sprake is van een prognose. De Tender V is verwerkt in het verloop van de productie-afspraken. Vanaf 2015 is de aanname dat 100 plaatsen longstay van Tender V doorlopen.

Bron: MIP, Tenderovereenkomst V

Aangezien het model dan uitkomt op een bezetting van 1538 betekent dit dat de praktijk het model tot dan redelijk volgt. Uiteindelijk zal de sector nog verder krimpen, zeker als de doelstelling gehaald wordt de behandelduur naar acht jaar of verder terug te brengen en het aantal opleggingen de komende jaren stabiliseert rond de 100. De longstay meegerekend en er rekening mee houdend dat de verdeling van de behandelduur van de rest van de populatie ten opzichte van de mediaan²⁰⁴ een scheve verdeling naar rechts kent, dit vanwege een aantal (extreem) langdurige behandelingen, is een verdere krimp tot rond de 900 bedden op termijn mogelijk.

²⁰⁴ Mediaan: middelste waarneming (score) van alle, naar grootte gesorteerde waarnemingen. M.a.w. het punt waaronder en waarboven 50% van alle waarnemingen vallen.

3.1.5 Ontwikkeling capaciteit en bezetting van de terbeschikkingstelling

Het effect van het aantal opleggingen op de capaciteit en het aantal verpleegde terbeschikkinggestelden is groot. De groei van de capaciteit is gerealiseerd door de bouw van nieuwe klinieken en de toewijzing van tijdelijke capaciteit, dit via afspraken op basis van tenderovereenkomsten. Bij de uitgifte van een tender kunnen forensisch psychiatrische centra offrenen voor een deel van capaciteit die voor een aantal jaren wordt uitgegeven. De tenders zijn hierbij al of niet gedeeltelijk gericht op specifieke capaciteit als longstay, licht verstandelijk gehandicapten zorg, intramuraal, etc. De in par. 3.1.4 genoemde Tender V kende bijvoorbeeld in 2013 naast de 100 plaatsen ten behoeve van longstay 105 ten behoeve van zwakbegaafden en 230 ten behoeve van reguliere capaciteit. In 2014 liep de reguliere capaciteit op basis van de overeenkomst terug naar 168.

De capaciteitscijfers (zie tabel 3) zijn illustratief voor de ontwikkeling van de sector, maar kunnen niet als absoluut gezien worden in termen van beschikbare bedden. Het grote verschil tussen capaciteit enerzijds en productieafspraken en fysieke bezetting anderzijds in de jaren van sterke groei, terwijl er sprake is van een groot aantal passanten, maakt dat duidelijk. In de capaciteitscijfers is namelijk in de eerste plaats tevens beschikbare capaciteit verwerkt in het geval een kliniek ook een andere doelgroep heeft en ook de door een forensisch psychiatrisch centrum begrote in te kopen capaciteit bij een onderaannemer of in het informatiesysteem ingevoerde capaciteit voor zelfstandig wonende terbeschikkinggestelden met transmuraal verlop (Bron: MITS). Deze onderaannemer kan een forensisch psychiatrische afdeling (fpa) zijn, een regionale instelling voor beschermde woonvormen (ribw).

Een eerdere golfbeweging blijkt uit het feit dat het aantal verpleegden in 1970 uitkwam op 985, in 1980 gedaald is tot 391 en daarna stijgt naar 522 in 1990.²⁰⁵ In 1995 kent de sector een capaciteit van 650 bedden.²⁰⁶ Dit maakt duidelijk dat er sprake is van een langdurige groei.

²⁰⁵ Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen 1991, p. 97.

²⁰⁶ Verhagen 2005, p. 372-373.

Tabel 3: Verloop capaciteit, productieafspraken en bezetting van de sector tbs op het einde van het jaar. Voor het aantal passanten geldt het gemiddelde over het jaar. De wachttijd van de passanten is in dagen.

Einde jaar	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06
Capaciteit	1250	1346	1389	1446	1511	1611	1832
Prod. afspraak ¹	1188	1239	1283	1298	1384	1528	1716
Bed bezetting	1050	1108	1190	1285	1394	1469	1687
Passanten		136	153	177	187	242	129
Wachttijd pass		259	250	229	246	282	247

Einde jaar	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Capaciteit	1967	2008	2159	2113	2039	1997	1987
Prod. afspraak ¹	1850	1956	2134	2070	2004	1976	1865
Bed bezetting	1814	1904	1997	1953	1834	1745	1659
Passanten	133	102	76	33	24	27	22
Wachttijd pass	297	312	261	135	124	88	100

¹ In de jaarafsprakenbrief overeengekomen productie x 365 dagen, hier per dag

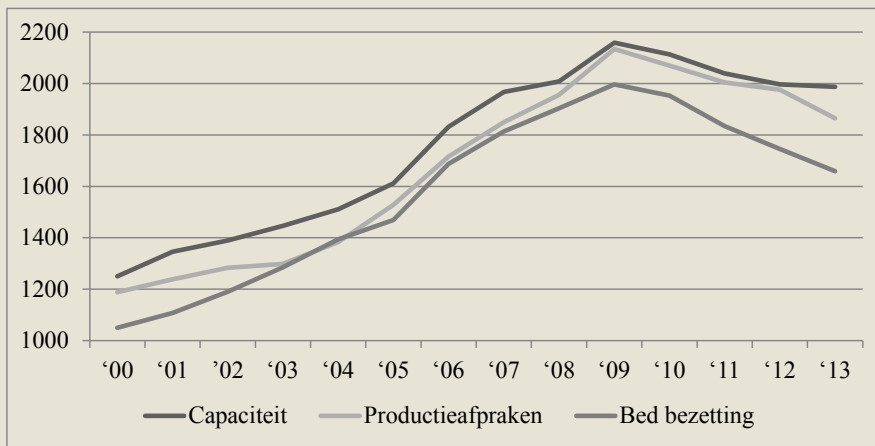
Bron: MIP, TBS in getal, Forensische zorg in getal

Het aantal passanten blijft zoals aangegeven ondanks de verdubbelde capaciteit langdurig hoog. De gemiddelde wachttijd daalt in de periode tot en met 2009 voorzichtig naar rond de drie kwartalen. De toegenomen behandelduur is mede debet aan het schijnbaar chronische karakter van dit probleem. De capaciteitsuitbreiding binnen de sector gaat door tot gemiddeld 2.156 bedden over 2010 inclusief reservecapaciteit.²⁰⁷ Eind 2009 ligt de capaciteit op 2.159, daarna is vanwege het vanaf 2004 sterk dalende aantal opleggingen een krimp van de capaciteit ingezet. Eind 2012 is de capaciteit gedaald naar 1.997, waarna deze voorzichtig verder daalt tot 1.987 eind 2013. De beperkte daling wordt veroorzaakt door een uitbreiding op basis van eerder ingezet beleid.

Een andere maat is de ontwikkeling van de productieafspraken die DForZo met de forensisch psychiatrische centra maakt. Deze zijn gebaseerd op de doelstelling van de bezetting en worden elk jaar in de jaarplangesprekken tussen DForZo en de forensisch psychiatrische centra vastgesteld. In 2000 is deze 1.188, bereikt het maximum in 2009 met 2.134 waarna deze daalt tot 1.865 in 2013. Opmerkelijk is dat voor 2014 er nog ruimte is aangeboden voor een productie van 1.801 bedden.

²⁰⁷ Bron: Forensische Zorg in getal 2008 – 2012.

Grafiek 3: Verloop capaciteit, productieafspraken en bedbezetting van de sector tbs



Bron: MIP

3.1.6 Achtergronden van de dynamiek van de terbeschikkingstelling

De fysieke bezetting op basis van de productieafspraken blijft ruim onder de begrote daling. De reden hiervan is een op het moment van vaststellen al niet meer realistische norm voor de begrote productie (zie tabel 3 en grafiek 3). Dit leidt bijvoorbeeld tot de langdurig door DForZo gehanteerde norm dat een kliniek pas voor de opname van een nieuwe patiënt in aanmerking komt indien de bezetting van de kliniek onder de 90% komt.²⁰⁸ De fysieke bezetting eind 2014 komt zoals eerder gesteld uit op 1542, een versnelling van de krimp.

Een stijging van het aantal opleggingen zoals die zich voordoet in de jaren tot aan 2004 is moeilijk te verklaren op basis van de criteria waaraan een oplegging moet voldoen. Er moet op basis van deze criteria sprake zijn van: 1. een zeer ernstig delict, 2. een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens bij de pleger van dit delict en 3. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.²⁰⁹ In de genoemde periode tot 2004 neemt de bezetting van de penitentiaire inrichtingen toe met de helft terwijl de bezetting van de forensische psychiatrische centra meer dan verdubbelt.²¹⁰ Het aantal passanten dat jaren boven de 150 uitkomt, met een piek van 242 in 2005, is hierin zelfs nog niet meegerekend.

²⁰⁸ De gemiddelde bezetting van de sector 2010 – 2013 beweegt zich op of net boven de 90%, Nederlandse Zorg Autoriteit, Marktscan Forensische Zorg in strafrechtelijk kader 2014, januari 2015, p. 47.

²⁰⁹ Art. 37 lid 1 Sr.

²¹⁰ Verhagen 2005, p. 373.

Wellicht dat de toegenomen behandelduur mede tot een stijging van het aantal terbeschikkinggestelden heeft geleid. Het aantal gestraften uit de categorie met een opgelegde straf van vier jaar of meer (voorwaarde voor oplegging van een terbeschikkingstelling) stijgt, er is daarbij sprake van een enkele zeer grote fluctuatie, maar nog niet met de helft. Het aantal opgelegde straffen stijgt met dertig procent. De curve van de oplegging van terbeschikkingstelling met dwangverpleging loopt echter op basis van een onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) tot 2007 opvallend synchroon met die van veroordelingen voor delicten met een bovengemiddelde kans op een terbeschikkingstelling.²¹¹ Deze delicten betreffen volgens de omschrijving van het WODC ernstige geweldsdelicten, misdrijven tegen het leven, vermogensdelicten met een ernstige geweldscomponent, seksuele geweldsdelicten, seksuele delicten met kinderen als slachtoffer en brandstichting. Daarbij wordt door het WODC opgemerkt dat binnen deze selectie van delicten weliswaar vaker terbeschikkingstelling wordt opgelegd dan bij andere delicten, maar dat het percentage opleggingen in deze clusters niettemin laag is.

Objectief gezien zijn de indicaties niet eenduidig als het gaat om de vraag of het percentage van de groep potentiële terbeschikkinggestelden onder de veroordeelden dat ook werkelijk een terbeschikkingstelling met dwangverpleging krijgt opgelegd belangrijk gestegen is. Een belangrijke jaarlijkse toename van het aantal Nederlanders en medelanders met een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens ligt als reden van de stijging niet voor de hand. Mocht er al sprake zijn van een relatieve groei dan is, gezien het feit dat aan een oplegging een uitgebreid onderzoek vooraf gaat door het NIFP, er sprake van een inhaalslag. Gezien de hoge eisen die aan onderzoek en rechtspraak worden gesteld mag verondersteld worden dat binnen de ruimte die de wet biedt, waardoor een vorm van een plafond is gecreëerd, op basis van de discretionaire ruimte eerder minder vaak terbeschikking opgelegd is dan meer.

De forensisch psychiatrische centra stellen in 2010 dat er in Nederland de laatste jaren in absolute zin niet minder gevonnis is betreffende ernstige misdrijven welke terbeschikkingstellingwaardig zijn.²¹² Wel dat het aantal opleggingen van de maatregel terbeschikkingstelling sterk is afgenomen. De Inspectie voor de Santietoepassing (IST) constateert tussen 2004 en 2009 een veel sterkere daling van het aantal opleggingen dan die van het aantal opgelegde (lange) gevangenisstraffen.²¹³ Het aantal delicten met een bovengemiddelde kans op terbeschikkingstelling daalt volgens het WODC over de periode 2004 tot 2009 met ruim 30%.²¹⁴ De nog snellere daling van het aantal opleggingen terbeschikkingstelling, die over deze periode uitkomt op 50% (zie tabel 1), zal analoog aan de hierboven gevolgde redenering niet veroorzaakt zijn door een verbetering van de algemene geestelijke volksgezondheid.

²¹¹ Van Dijk & Brouwers 2011, p. 16.

²¹² LBHIV/ODO 2010, p.12.

²¹³ Inspectie voor de Santietoepassing 2009, p. 52.

²¹⁴ Van Dijk & Brouwers 2011, p. 16.

Daarnaast geldt dat er in de periode 2003 – 2013 sprake is van een stijgende trend in dwangtoepassing onder de ‘Wet bijzondere opnamen in psychiatrische ziekenhuizen’ (Wet Bopz). In het geval van de ‘inbewaringstelling’ (IBS) stijgt het aantal naar 115% en in het geval van de ‘rechterlijke machtiging’ (RM) naar 202%, een voortzetting van de trend vanaf de invoering van de Wet Bopz in 1994.²¹⁵ Deze ontwikkeling past beter bij een toename van het aantal opleggingen van terbeschikkingstellingen en ondersteunt de dynamiek van de snelle daling niet.

Op basis van bovenstaande mag verondersteld worden dat het mogelijk eerder gestegen percentage van de groep potentiële terbeschikkinggestelden onder de verdachten dat ook werkelijk een terbeschikkingstelling met dwangverpleging krijgt opgelegd vanaf 2004 belangrijk is gedaald. Toenemend lijkt zich daarom een groeiende categorie (ex)gedetineerden te ontwikkelen die in feite in aanmerking zou zijn gekomen voor een terbeschikkingstelling met dwangverpleging.

3.1.7 Effectiviteit van de terbeschikkingstelling

Kritiek komt in golven en dan vooral in de vorm van mediavloedgolven over de tbs-sector, meestal naar aanleiding van een incident. Het parlementair onderzoek onder voorzitterschap van het parlementslid Visser, dat uitgevoerd is om na een aantal ernstige incidenten uitsluitsel te geven over het bestaansrecht van de terbeschikkingstelling, komt in 2006 echter tot de conclusie dat het stelsel niet hoeft te worden herzien, maar wel op een aantal punten aangepast. Er is vervolgens onder andere een onafhankelijk adviescollege verloftoetsing tbs (AVT) ingesteld en de maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling is verlengd van drie tot negen jaar (Stb 2007, nr. 523).

Om iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van de terbeschikkingstelling worden wel recidivecijfers van ex-terbeschikkinggestelden vergeleken met die van ex-gedetineerden. Onderzoek leidde tot de conclusie dat de kans op een algemene recidive van terbeschikkinggestelden na behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum de helft was van de kans op een algemene recidive van een gedetineerde na een verblijf in een penitentiaal centrum.²¹⁶ Bij volwassenen die een gevangenisstraf hebben uitgezeten recidiveerde ruim zeven van de tien binnen zes jaar, na een terbeschikkingstelling gold dit voor bijna vier op de tien. Tijdens het seminar ‘behandelduur en tbs’ is een recidivereductie door de behandeling in de terbeschikkingstelling van ongeveer 40% genoemd.²¹⁷

In het eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van afzonderlijke klinieken is van de patiënten van wie in de jaren 2004 – 2010 de terbeschikkingstelling is beëindigd het percentage recidive binnen twee jaar weergegeven. Het percentage voor algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) is 22,8%, voor ernstige recidive (misdrijf met een maximale strafdreiging van

²¹⁵ Broer, Koetsier & Mulder 2015, p. 3.

²¹⁶ Verhagen 2005, p. 250.

²¹⁷ Canton, Verslag seminar 5 november 2009, Behandelduur en verlof in de tbs, W.J. Canton, p. 49.

vier jaar of meer) is 17,9% en voor een tbs-waardig delict (misdrijf waar een nieuwe terbeschikkingstelling op had kunnen volgen) 9,3%. In het onderzoek zijn per kliniek de verschillen tussen geobserveerde en verwachte recidive getoetst op statistische significantie. Geen van de verschillen tussen de geobserveerde en verwachte recidive blijkt significant. De voorlopige conclusie van het onderzoek is: “dat volgens de gangbare statistische normen geen verschillen konden worden gevonden in de mate waarin forensisch psychiatrische centra de kans op recidive onder hun ex-patiënten in gunstige zin hebben weten te beïnvloeden.”²¹⁸ De bevindingen remmen de afkalving van de terbeschikkingstelling niet.

3.1.8 Behandelduur en weigerende observandi

Een verdachte kan het pro Justitia onderzoek door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) weigeren en doet dit vaak ook na advies van de advocaat. Voor de rechter is het dan moeilijker op basis van de overtuiging dat de patiënt een stoornis heeft een terbeschikkingstelling op te leggen. De wet biedt de rechter echter wel ruimte om in een dergelijke situatie de maatregel terbeschikkingstelling op te leggen.²¹⁹

Het aantal weigeraars van het pro Justitia onderzoek is sterk gestegen. In 1990 kende het PBC 18 weigeraars en de landelijke district psychiatrische dienst (ldpd) spreekt van 5% weigeraars. In 2000 is het aantal weigerende observandi (weigeraars bij wie het wel tot een conclusie is gekomen, zijn niet meegenomen) bij de landelijke district psychiatrische dienst gestegen tot 100 (10%, PBC 15% weigeraars) waarna het aantal in 2009 verder gestegen is tot 250 (20%, PBC meer dan 50% weigeraars).²²⁰ Het aantal weigeringen is in de jaren daarna op rond de helft uitgekomen.²²¹ In 2011 en 2012 is ondanks de weigering mee te werken bij ongeveer 30% toch nog een volledig advies pro Justitia uitgebracht, in 2013 lag dat percentage na acht maanden op ongeveer 20%.²²²

De staatssecretaris wil, om een onderzoek toch mogelijk te maken, bij wet regelen dat de officier van justitie medische gegevens uit het verleden kan verzamelen en beoordelen op bruikbaarheid voor de pro Justitia rapportage. Onder andere wegens bezwaren tegen deze regeling bij de behandeling in de Eerste Kamer heeft de staatssecretaris de Eerste Kamer op 1 april 2014 gevraagd de behandeling van de Wet forensische zorg aan te houden.

Een belangrijke motivatie voor de verdachte om medewerking aan het onderzoek te weigeren is in de eerste plaats de steeds maar toenemende behandelduur en het feit dat er ook een risico is uiteindelijk in een longstay-kliniek geplaatst te worden.²²³ Een andere invalshoek is dat verdachten de terbeschikkingstelling ook weigeren vanwege de inhoud

²¹⁸ Wartna, e.a. 2014, p. 6, 33.

²¹⁹ Art. 37a lid 3Sr; De Jong 2012, p. 408, 409.

²²⁰ Van der Wolf 2012, p. 229, 235.

²²¹ Kelk & De Jong 2013, p. 545.

²²² Kamerstukken II 2012-2013, 33 400 nr. 120, p. 2.

²²³ Van der Wolf 2012, p. 229.

die uit behandeling bestaat.²²⁴ Ook wordt het imagoprobleem genoemd als reden, een imagoprobleem dat volgens een advocaat niet alleen in de maatschappij geldt maar ook onder criminelen.²²⁵

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming waarschuwt de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie voor een verdere negatieve beeldvorming van de terbeschikkingstelling vanwege de in de conceptverlofregeling tbs opgenomen maatregel na onttrekking over te gaan tot uitstel van verlof. De inschatting is dat een verdere afname van het aantal opgelegde terbeschikkingstellingen het gevolg kan zijn. In dat geval zullen meer veroordeelden zonder behandeling in de maatschappij terugkeren, wat dan op termijn ten koste gaat van de maatschappelijke veiligheid.²²⁶

3.2 Behandelduur

In de volgende paragrafen wordt eerst de ontwikkeling weergegeven van de behandelduur van de terbeschikkingstelling om deze als variabele naast de ontwikkeling van het aantal opleggingen te kunnen leggen en wordt in de daaropvolgende paragrafen op populatieniveau uitgewerkt wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om tot een voldoende werkbare definitie van behandelduur te komen. Hiertoe wordt een aantal definities tegen elkaar afgewogen.

3.2.1 Ontwikkeling van de behandelduur

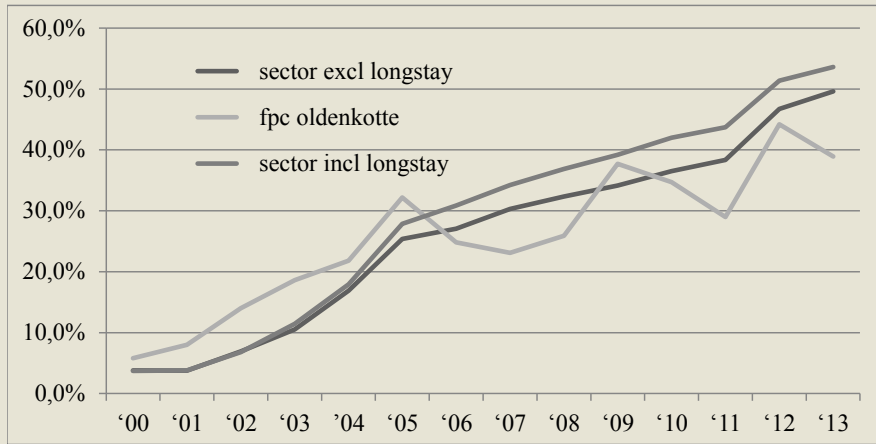
Een probleem dat zich voordoet op het moment van de oplegging van de terbeschikkingstelling is dat er sprake is van een onduidelijke verwachtingswaarde van de (behandel)duur. Hetzelfde doet zich voor tijdens de verlengingszittingen. Een indicator die helder de trend weergeeft als het gaat om de behandelduur van de populatie die de rechter ziet tijdens de verlengingszittingen is de verdeling in doorstroom- en verblijfspatiënten (zie grafiek 4 en tabel 4). Een patiënt gold de eerste zes jaren van zijn behandeling als doorstroompatiënt, daarna als verblijfspatiënt. Voor de sector is de ontwikkeling exclusief en inclusief longstay weergegeven.

²²⁴ Kelk & De Jong 2013, p. 545.

²²⁵ Roosjen 2009, p. 40.

²²⁶ RJS, aanvullend advies bij de conceptregeling tbs, 2 december 2010, p. 2; LBHIV/ODO 2010, p. 12.

Grafiek 4: Verloop capaciteit, productieafspraken en bedbezetting van de sector tbs



Bron: MIP

DForZo baseerde op deze indeling tot de invoering van de Diagnose Behandel Beveiligings Combinatie-Productstructuur (DB(B)C) de tariefstelling. Na zes jaar gold dan een verpleegtariaf dat ongeveer 100 euro per dag lager lag dan daarvoor. Het idee was dat de behandeling binnen zes jaar moest kunnen plaatsvinden, en dat daardoor het tarief na zes jaar omlaag zou kunnen. Aan het begin van deze eeuw was het aantal verblijfspatiënten 3,7% van het totaal, wat in 2013 was gestegen naar 53,6%. Vanwege de groei van de sector bleef het percentage ondanks de toegenomen behandelduur nog enigszins beperkt maar liet het desondanks een sterke stijging zien.

Tabel 4: Aantallen en percentages van doorstroom- en verblijfspatiënten van de sector tbs en waar aangegeven van FPC Oldenkotte, per 31 december

Jaar	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06
Doorstroom ptn	1011	1066	1109	1138	1144	1060	1166
Verblijfs ptn	39	42	81	147	250	409	521
Perc verblijfsptn	3,7%	3,8%	6,8%	11,4%	17,9%	27,8%	30,9%
Perc verbl ptn Old	5,8%	8,0%	14,0%	18,6%	21,8%	32,2%	24,8%
Doorstr longstay	42	39	43	63	54	30	38
Verbl longstay	1	2	2	20	29	60	104
Totaal longstay	43	41	45	83	83	90	142
Perc excl longst	3,8%	3,8%	6,9%	10,5%	16,9%	25,4%	27,0%

Jaar	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Doorstroom ptn	1193	1202	1214	1133	1032	850	769
Verblijfs ptn	621	702	783	820	802	897	888
Perc verblijfsptn	34,2%	36,9%	39,2%	42,0%	43,7%	51,3%	53,6%
Perc verbl ptn Old	23,1%	25,9%	37,7%	34,7%	29,0%	44,2%	38,9%
Doorstr longstay	31	21	21	9	5	4	8
Verbl longstay	116	137	166	175	165	160	144
Totaal longstay	147	158	187	184	170	164	152
Perc excl longstay	30,3%	32,4%	34,1%	36,5%	38,4%	46,7%	49,6%

Bron: MIP

Na de omslag in 2010 versterkt de krimp de relatieve toename van het aantal verblijfspatiënten juist weer. De sector vergrijs in een hoog tempo. Een opmerkelijk feit is dat het aantal verblijfsplaatsen in absolute zin, ondanks de al vanaf 2010 dalende bezetting en het vanaf 2004 dalend aantal opleggingen, pas in 2013 daalt. De sterke daling in 2006 en stijging in 2012 bij FPC Oldenkotte worden voor een groot deel veroorzaakt door de extra instroom in 2006 vanwege de uitbreiding met 24 bedden op basis van een tenderovereenkomst. Het effect van deze uitbreiding is ook in de verdeling van de populatie van FPC Oldenkotte over de behandelduur te zien (zie grafiek 5, par. 3.2.3).

De stijging van de behandelduur is niet het resultaat van een bewuste interventie, nergens is vastgelegd dat de behandelduur te kort zou zijn. Paradoxaal genoeg suggereert een dergelijke constante stijging de aanwezigheid van een krachtig beleid. Het is echter de

uitkomst van een praktijk gebaseerd op beslissingen op het niveau van $n = 1$. Het is het effect van honderdduizenden individuele handelingen van professionals.²²⁷

3.2.2 Meten aan de behandelduur

Sommige patiënten kennen een behandelduur van een paar jaar, anderen doen er (veel) langer dan tien jaar over, er is een aantal dat tijdens de behandeling overlijdt en tot slot is er een groep die in de longstay belandt. Om mathematisch de gemiddelde behandelduur bij benadering te kunnen bepalen, moet vele jaren gewacht worden. Om toch een maat te hebben iets over de behandelduur te kunnen zeggen, wordt gebruik gemaakt van drie varianten.²²⁸ De eerste is de gemiddelde behandelduur van de op een bepaald moment onder verantwoordelijkheid van de kliniek(en) vallende populatie, dit exclusief de proefverlofgangers. Daarnaast wordt de gemiddelde behandelduur van de patiënten van wie de terbeschikkingstelling in een bepaald jaar is beëindigd gehanteerd. Een andere maat is de behandelduur van de patiënt die uitstroomt op het moment dat de eerste helft ofwel de mediaan van een jaargang, in de sector 'cohort' genoemd, is uitgestroomd. De indicatoren hebben gemeen dat voor de behandelduur geldt dat de behandelfasen intramuraal en transmuraal mee worden gewogen, de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging echter niet. In de proefverloffase verschuift de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de behandeling en beveiliging naar de reclassering. Ook is het van betekenis dat bij de eerste twee indicatoren patiënten die overgeplaatst zijn, omdat de behandeling was vastgelopen, meegewogen worden bij de vervolgekliniek.

3.2.3 Gemiddelde behandelduur van een populatie

De gemiddelde behandelduur van een populatie (zie tabel 5) is niet meer dan een indicatie voor de gemiddelde totale behandelduur. Er is geen sprake van een normaalverdeling over de behandelduur van de patiënten of een stabiele andere verdeling. Daarnaast wordt de verdeling van de patiënten op basis van de behandelduur bijvoorbeeld beïnvloed door het effect van uitbreiding, een tijdelijke opnamestop of krimp (zie grafiek 5). Tussen 1995 en 2000 laat deze indicator nog een stabiel beeld zien.²²⁹

²²⁷ De Bruijn 2008, p. 49.

²²⁸ Brand & Van Gemmert 2009, p. 15.

²²⁹ Brand & Van Gemmert 2009, p. 10.

Tabel 5: Gemiddelde behandelduur van de populatie tbs excl. longstay/pv op 31 december

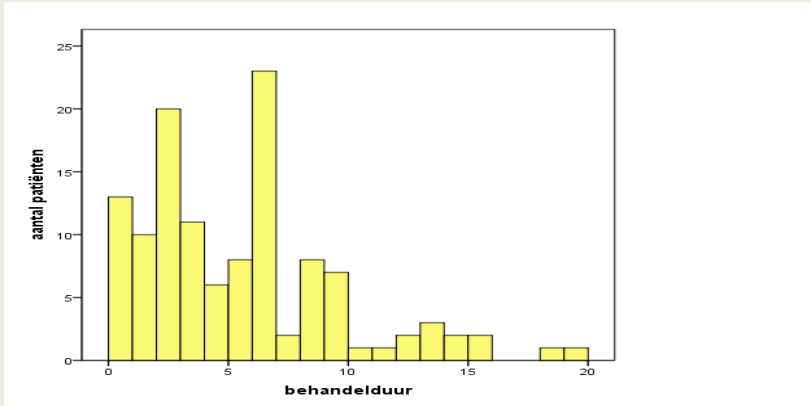
Jaar	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Sector tbs	4,0	4,2	4,4	4,5	4,2	4,5	4,4	4,8	5,0	5,2	5,6	6,2	6,7	7,1
FPC Oldenkotte	5,2	6,1	6,2	5,2	5,0	4,9	4,3	4,5	4,9	5,6	5,3	5,5	5,7	5,8

Bron: MIP

Om iets te zeggen over de behandelduur per kliniek op basis van deze indicator is tevens een probleem vanwege de bijdrage van patiënten die vanuit een andere kliniek overgeplaatst zijn. Deze indicator zal in de periode van groei door de relatief sterke instroom van nieuwe opnames een te rooskleurig beeld hebben gegeven en nu tijdens de krimp een te somber beeld. Ook een heropname na longstay, van belang in verband met de in december 2010 ingezette heroverweging van de longstay, heeft effect op deze indicator. Het laatste blijkt bijvoorbeeld uit de sterk gestegen gemiddelde behandelduur van een kliniek die een grote populatie longstay-patiënten kent.

De relatief lange gemiddelde behandelduur van FPC Oldenkotte in 2000 wordt voor een belangrijk deel bepaald door de opening van nieuwe klinieken in combinatie met de groei van de sector. De hoge instroom van eerste opnames in 2006 in FPC Oldenkotte vanwege tijdelijke extra capaciteit levert juist gedurende een paar jaren een lagere gemiddelde behandelduur op. In 2009 stijgt de gemiddelde behandelduur van FPC Oldenkotte snel vanwege een langdurige opnamestop ten gevolge van een tweetal ernstige incidenten en een bestuurscrisis. Dit corrigeert zich in 2010 na de opheffing van de opnamestop. Na 2009 valt de relatief lage stijging op van de gemiddelde behandelduur afgezet tegen die van de sector. Gezien de invloed van de krimp is dit voor wat betreft FPC Oldenkotte een indicatie voor een afnemende behandelduur over de laatste jaren. De 5,8 jaar in 2013 is niet meer dan een indicatie omdat de laatste opname heeft plaatsgevonden op 19 april 2013 en in de loop van de tweede helft van 2013 met de overplaatsing van patiënten naar andere klinieken in het kader van de sluiting aangevangen is.

Grafiek 5: De verdeling van de populatie tbs van FPC Oldenkotte op basis van de behandelduur op 31 dec 2012



Bron: MITS

3.2.4 Gemiddelde behandelduur bij einde terbeschikkingstelling

Een groot nadeel van de indicator die gebaseerd is op de gemiddelde behandelduur bij de al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling (zie tabel 6) is vooral dat patiënten die niet (longstay) of na vele jaren uitstromen op een niet of op een weinig zeggend moment worden meegewogen. En de indicator is vanwege de kans op het meewegen van extremen tamelijk gevoelig voor fluctuaties. Het is moeilijk aan deze indicator inhoudelijke conclusies te verbinden. Het cohort bestaat uit een gemêleerd gezelschap voor wat betreft behandelduur en voor een deel uit patiënten die één of meerdere klinieken doorlopen hebben. Dit betekent ook dat patiënten binnen een cohort verschillende behandelmethoden hebben ondergaan, waardoor vergelijking van cohorten moeilijker wordt. Het uitbreiden van de maximale duur van voorwaardelijke beëindiging van drie tot negen jaar versterkt het probleem als het uitgangspunt blijft alleen patiënten mee te wegen met een definitieve beëindiging van de terbeschikkingstelling.

Ook deze indicator is gevoelig voor groei en krimp. In de huidige situatie van krimp zal toenemend de invloed van de uitstroom van patiënten met een relatief lange behandelduur gaan overheersen, dit na jaren van een omgekeerde trend. Een ander nadeel van deze indicator is dat de behandelduur van een kliniek mee bepaald wordt door patiënten die eerder in een andere kliniek behandeld zijn. Een kliniek die relatief veel patiënten van andere klinieken overneemt vanwege een daar vastgelopen behandeltraject zal daarmee de behandelduur per definitie op zien lopen.

Tabel 6: Gemiddelde behandelduur van de sector tbs bij al of niet voorwaardelijk einde tbs

Jaar	'90	'95	'00	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Sector tbs	4,2	4,9	5,5	7,4	7,4	7,9	8,4	-	-	-	-	-
FPC Oldenkotte	-	-	-	7,6	6,0	6,5	6,3	8,0	7,7	7,5	7,6	7,0

Bron: TBS in getal, MITS

De meeste klinieken gebruiken de voorwaardelijke beëindiging als een alternatief voor proefverlof, en slaan daarmee de fase van proefverlof over. In beide gevallen vindt de begeleiding plaats door de reclassering. In het geval van proefverlof is de kliniek echter nog steeds eindverantwoordelijk voor de behandeling. In het geval van een voorwaardelijke beëindiging is de reclassering eindverantwoordelijk en rapporteert de reclassering aan de officier van justitie. Daarbij heeft een terugval vanuit een voorwaardelijke beëindiging in sommige gevallen zwaardere consequenties. De rechter kan op vordering van het openbaar ministerie een last tot hervatting van verpleging van overheidswege geven.²³⁰ De verhouding tussen het aantal proefverlofgangers en het aantal patiënten met transmuraal verlof maakt duidelijk dat proefverlof maar beperkt wordt ingezet. Gemeten over de jaren 2009 – 2013 is het percentage proefverlofgangers afgezet tegen de patiënten met een machtiging transmuraal verlof respectievelijk 16%, 22%, 32%, 22% en 13% (vergelijk de absolute waarden in tabel 21, par. 6.3.1).

Een andere indicatie is de ontwikkeling van het aantal voorwaardelijke beëindigingen die gemeten over dezelfde periode respectievelijk 69, 119, 117, 136 en 179 bedragen (zie tabel 2, par. 3.1.3). Het aantal proefverlofgangers is die periode respectievelijk 62, 86, 116, 91 en 60, waarbij aangetekend dat de gemiddelde duur van een proefverlof fluctueerde maar minstens anderhalf jaar duurde.²³¹ Het aantal beëindigingen dat niet voorafgegaan is door een voorwaardelijke beëindiging is die periode rond de zestig gebleven.

FPC Oldenkotte heeft vanaf 2010 er naar gestreefd indien mogelijk proefverlof in te zetten, met aansluitend een onvoorwaardelijke beëindiging. Dit verschil in visie heeft ook effect op de behandelduur. In het geval dat proefverlof wordt gebruikt zal eerder de fase van het transmuraal verlof verantwoord afgesloten kunnen worden. De fase van transmuraal verlof telt als behandelduur terwijl dit voor proefverlof niet geldt.

Tabel 6 laat zien dat de problematische kant van deze indicator er toegeleid heeft dat DForZo deze niet meer gebruikt. Wel maakt de indicator de sectorbrede trend van een toenemende behandelduur duidelijk, de verdubbeling van de behandelduur bij uitstroom

²³⁰ Art. 38k Sr.

²³¹ Forensische zorg in getal 2014, p. 28.

tussen 1990 en 2008 is wat dat betreft veelzeggend, ook vanwege het feit dat longstay niet meegewogen is. Eerder is er tussen 1977 en 1987 al sprake van een toename van de ‘duur van het verblijf in de behandelinrichtingen’ van ongeveer 39 maanden tot ongeveer 47 maanden. Seksuele delinquenten onderscheiden zich door een beduidend langere behandelduur.²³² Voor wat betreft FPC Oldenkotte is bij de bepaling van deze indicator de voorwaardelijke beëindiging systematisch meegewogen, dit om enigszins tijdig iets te kunnen zeggen over de behandelduur. De waarde van de indicator is door de mogelijkheid van terugval van een patiënt na een voorwaardelijke beëindiging niet hard. De conclusie voor wat betreft de zeggingskracht van deze maat voor de gemiddelde behandelduur kan vanwege de verschillende kanttekeningen niet anders zijn dan dat deze beperkt is.

3.2.5 Gemiddelde behandelduur per instroomcohort eerste opnames

De definiëring van de gemiddelde behandelduur gemeten op basis van de mediaan van een cohort eerste opnames van een jaargang patiënten (zie tabel 7) heeft steeds meer aan invloed gewonnen. De afdeling Informatie Analyse en Documentatie, Concernstaf Uitvoeringsbeleid DJI heeft de voorkeur gegeven aan deze maat.²³³ Vanaf 2010 wordt door DForZo in de externe rapportages (tbs in getal 2005 – 2009) voor de behandelduur deze maat genomen en worden de andere twee niet meer genoemd.

Deze maat is robuuster en veelzeggender omdat uitbreiding of krimp geen invloed hebben. Het nadeel is dat de mediaan afwijkt van het werkelijke gemiddelde indien het mogelijk was deze te bepalen omdat er per definitie vanwege de longstay plaatsingen en de ook voorkomende relatief langere behandelduur geen sprake is van een normaalverdeling.²³⁴ Deze indicator zal dus evenals de indicator bij uitstroom enigszins optimistisch zijn indien afgezet tegen de werkelijke gemiddelde behandelduur. Waar de eerdere indicatoren elk jaar vastgesteld kunnen worden, geldt dit voor de indicator op basis van de mediaan niet, er dient gewacht te worden op de mediaan. Sectorbreed was het op basis van de oude definitie eind 2012 nog net niet mogelijk de mediaan van de cohort eerste instroom van 2002 te bepalen.²³⁵

De indicator is met ingang van het verslagjaar 2013 aangescherpt en verder geoperationaliseerd om de integriteit en de actualiteit te verhogen,²³⁶ dit naar aanleiding van de doelstelling van de sector terbeschikkingstelling de gemiddelde behandelduur terug te brengen tot acht jaar.²³⁷ In de berekening van tabel 7 zijn bijvoorbeeld in de eerdere cohorten patiënten met een gemaximeerde terbeschikkingstelling (wettelijk einde terbeschikkingstelling na 4 jaar), patiënten die overlijden en patiënten die een beëindiging

²³² Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen, p. 91.

²³³ Brand & Van Gemmert 2009, p. 15.

²³⁴ Veel verschijnselen zijn benaderend te beschrijven met behulp van een normale verdeling. Het gaat dan om verschijnselen waarvan de verdeling symmetrisch geconcentreerd is rond een centrale waarde en afwijkingen van deze centrale waarde steeds onwaarschijnlijker worden naarmate de afwijking groter is.

²³⁵ Forensische zorg in getal 2013, p. 27.

²³⁶ Goosensen, Van Gemmert & Van Schijndel, Uitwerking prestatie-indicatoren, 9 september 2013.

²³⁷ Masterplan DJI 2013 – 2018, p. 16; Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 – 2017, 3 april 2013, p. 5.

kennen vanwege een nieuwe oplegging na een recidive tijdens een lopende terbeschikkingstelling ook meegenomen. Het beeld dat van de behandelduur geschetst wordt is ondanks de lange duur daarom feitelijk te positief.

Tabel 7: Gemiddelde behandelduur van de sector tbs per instroomcohort eerste opnames op basis van de behandelduur van de mediaan

Cohort	'90	'95	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06
Mediaan	7,3	9,8	10,2	9,4	9,6	9,3	8,6	9,0	8,4	8,0

Bron: Forensische zorg in getal

Om de actualiteit te verhogen wordt bij de vaststelling op basis van de nieuwe indicator niet gewacht op het moment dat de behandelduur definitief vastligt vanwege de beëindiging van de terbeschikkingstelling. Jaarlijks wordt door DForZo in het kader van de genoemde doelstelling op basis van een behandelduur van acht jaar bepaald welk percentage van een cohort is uitgestroomd, ofwel proefverlof respectievelijk voorwaardelijk einde van de terbeschikkingstelling kent. Door mogelijke terugval van patiënten zal deze indicator een wat optimistisch beeld kunnen geven.

De aangepaste indicator wordt op het niveau van de kliniek in een iets gewijzigde vorm toegepast. Om vanwege de kleinere schaal toch nog tot betekenisvolle informatie te komen, waarbij als minimum $n = 15$ geldt, wordt per kliniek dakpansgewijs de maat genomen over drie cohorten. Begin 2014 is de eerste meting genomen over de cohorten eerste opnames 2003, 2004 en 2005.

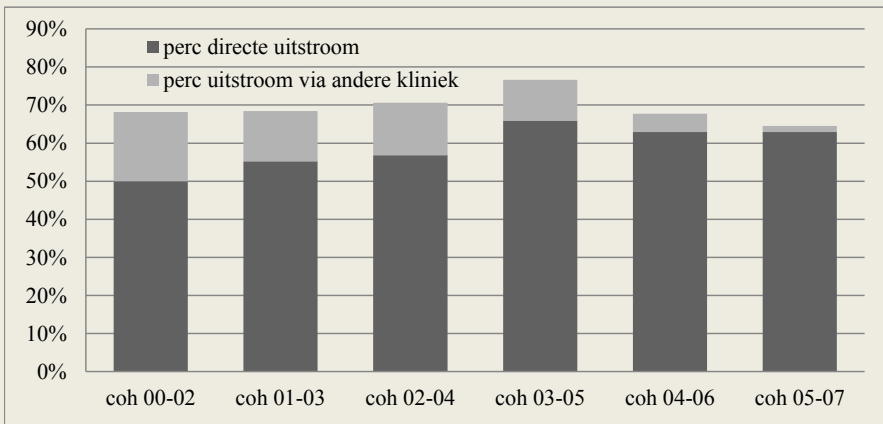
Een steekproef voor FPC Oldenkotte op 1 juli 2013 op basis van deze systematiek waarbij de uitstroom van de cohorten niet afgezet is tegen acht jaar maar nagegaan is welk percentage op 1 juli 2013 is uitgestroomd (zie tabel 8, grafiek 6) levert het beeld op dat er in het geval van de cohort 2005 – 2007 al sprake is van een behandelduur beneden de acht jaar. De waarden van de eerste cohorten sporen gezien de relatief lage percentages met het landelijke beeld van een langdurige behandeling dat uit tabel 7 naar voren komt.

Tabel 8: Aantal en percentage patiënten van de cohorten eerste opnames van FPC Oldenkotte onderverdeeld in direct uitgestroomd (uitstr 1) of na overplaatsing (uitstr 2) naar een andere kliniek op basis van de situatie op 1 juli 2013

Jaar	1e Opn	Uitstr 1	Uitstr 2	Perc 1	Perc 2	Perc 1+2
Coh 00-02	22	11	4	50%	18%	68%
Coh 01-03	38	21	5	55%	13%	68%
Coh 02-04	51	29	7	57%	14%	71%
Coh 03-05	47	31	5	66%	11%	77%
Coh 04-06	62	39	3	63%	5%	68%
Coh 05-07	62	39	1	63%	2%	65%

Bron: MITS

Grafiek 6: Uitstroompercentages op basis van de cohorten eerste opnames van FPC Oldenkotte, onderscheiden in rechtstreekse uitstroom en uitstroom na overplaatsing



Bron: MITS

3.3 Behandelduur als variabele

De ontwikkeling van de behandelduur kan sectorbreed of per kliniek gevolgd worden, en tevens is het mogelijk de respectievelijke trends met elkaar te vergelijken. Dan is wellicht mede aan de hand van de onderlinge dynamiek effectmeting van het beleid mogelijk. In het volgende worden de ontwikkelingen in FPC Oldenkotte vergeleken met die van de sector, ook om na te gaan of de behandelduur als een van interventies afhankelijke variabele is te beschouwen. Ook wordt ter oriëntatie de behandelduur ‘vertaald’ in de duur van een mogelijke strafoplegging.

3.3.1 Dynamiek en afhankelijkheid van de behandelduur

Sinds 1998 hanteert DForZo een aselechte toewijzing van patiënten. Deze manier van toewijzing is geïntroduceerd om het mogelijk te maken te benchmarken. Een aantal doelgroepen wordt echter bij de aselechte toewijzing geëxcludeerd. Dit zijn de extreem vlucht- en beheersgevaarlijke terbeschikkinggestelden (EVBG, ook wel sterretjespatiënten genoemd), vrouwen en patiënten met een verstandelijke beperking. Ten gevolge van de onderlinge ruiling van patiënten en het wegens de exclusies beschikken over verschillende doelgroepen heeft deze regeling niet geleid tot vergelijkbare populaties.²³⁸ Het is niet mogelijk de behandelduur van de sector als geheel en die van specifiek FPC Oldenkotte kritiekloos één op één met elkaar te vergelijken. Daarvoor dienen de patiënten populaties voortdurend dezelfde kenmerken te bezitten. Aangezien de huidige gehanteerde definitie voor behandelduur gebaseerd is op cohorten instroom en het plaatsingsbeleid van DForZo sinds 1998 in hoofdlijnen aselekt is, zal deze minder gevoelig zijn voor verschillen in de huidige populaties van de diverse klinieken. Enig verschil blijft vanwege de exclusies wel meespelen.

Met ingang van 1 januari 2014 is het plaatsingsbeleid veranderd. Patiënten worden in de regel op basis van de regio van herkomst in een kliniek geplaatst.²³⁹ De doelstelling is resocialisatie beter mogelijk te maken om daarmee bij te dragen aan een verkorting van de behandelduur naar 8 jaar.²⁴⁰ Uitzonderingen zijn, zoals gesteld, onder andere extreem vlucht- en beheersgevaarlijke terbeschikkinggestelden, licht verstandelijk gehandicapten en ongewenst vreemdelingen. Een kaart van Nederland die op basis van herkomst aangeeft in welke kliniek een patiënt geplaatst dient te worden is nog niet gepubliceerd. Of de regionalisering van invloed is op de mate waarin populaties per kliniek kunnen verschillen is een vraag die nog niet aan de orde is geweest.

Samengevat is een gunstiger uitkomst van de indicator voor de één daarmee niet automatisch een betere prestatie dan die van de ander. Afwijkingen in de trends zijn daarom wellicht interessanter om met elkaar te vergelijken. De vraag is dan of er een

²³⁸ Beleidskader Plaatsing TBS dwang, Directie Forensische Zorg, 2014, p. 5.

²³⁹ Beleidskader Plaatsing TBS dwang, Directie Forensische Zorg, 2014, p. 5.

²⁴⁰ Brief van 11 juni van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie naar aanleiding van toezeggingen in het debat over het Masterplan DJI d.d. 6 juni jl, p. 4; Ministerie van Veiligheid en Justitie, Handboek Forensische Zorg, Februari 2012, publicatienr: j-12914, p. 30.

verbetering of versnelling – al of niet positief – ten opzichte van de eigen trend of die van de sector valt te ontdekken.

Uitgaande van de definitie van de gemiddelde behandelduur van de populatie stijgt de behandelduur van de populatie terbeschikkinggestelden exclusief proefverlofgangers en longstay-patiënten tussen 2009 en 2013 met 1,9 jaar (zie tabel 5, par. 3.2.3). De driejaarlijkse heroverweging longstay, sinds december 2010 uitgevoerd door de LAP-commissie, heeft geleid tot herplaatsing van longstay-patiënten in behandelklinieken en zal daarmee aan de toename van de gemiddelde behandelduur hebben bijgedragen. Het aantal longstay patiënten daalt tussen ultimo 2009 en 2013 met 34 patiënten van 187 naar 153, dit na een eerdere voortdurende stijging. De gemiddelde verblijfsduur van de longstay patiënten is per 31 december 2009 14,0 en op 31 december 2012 16,9 jaar. FPC Oldenkotte kent over die periode, waarbij de piek in 2009 hoog uitvalt wegens een opnamestop, echter een beperkte stijging van de behandelduur (zie tabel 5, par. 3.2.3) en daarmee een relatieve daling ten opzichte van de sector. Voor de werkelijke behandelduur binnen FPC Oldenkotte lijkt dit erop te wijzen dat deze de laatste jaren is afgenomen, dit daar aangenomen mag worden dat in een periode van krimp de gemiddelde behandelduur normaal gesproken toeneemt, zoals de sector ook laat zien.

De behandelduur van de sector bij uitstroom kent een stijging van 4,2 jaar in 1990 naar 8,4 jaar in 2008 (zie tabel 6, par. 3.2.4), dit is een verdubbeling van de behandelduur. In deze ontwikkeling speelt de herwaardering longstay nog niet mee. Het betreft, een kleine fluctuatie daargelaten, een voortdurende stijging. Dit is des te meer opmerkelijk daar dit plaatsvindt onder invloed van een groeiende sector en daardoor het percentage ‘relatief snelle patiënten’ met een beëindiging van de terbeschikkingstelling groter zal zijn dan bij een stabiele populatie. De reeks van FPC Oldenkotte tussen 2005 en 2013 is ondanks enkele fluctuaties redelijk stabiel, in 2005 is de gemiddelde behandelduur 7,6 jaar en in 2013 7,0 jaar. Vanwege de groei van het aantal opleggingen tot 2004 geeft de indicator in 2013 wellicht ook nog een iets te optimistisch beeld. Afgezet tegen de indicator van de sector speelt ook mee dat om praktische redenen in het geval van een voorwaardelijk beëindiging de behandelduur van die patiënt aan dat jaar is toegewezen, en in het geval van een hervatting van de terbeschikkingstelling de gemiddelde behandelduur iets hoger had moeten zijn. Toch is de afwijking ten opzichte van de trend van de sector, ook ondanks het verschil in termijn, opmerkelijk.

De mediaan variant kent voor wat betreft de sector een stijging van de behandelduur van 7,3 jaar in 1990 naar 10,2 jaar in 1999 waarna deze enigszins fluctuerend daalt naar 8,0 jaar, dit gemeten over de instroomcohorten eerste opnames (zie tabel 7, par. 3.2.5). De vernieuwde indicator op basis van instroomcohorten en de mediaan die het mogelijk maakt actuelere informatie aan te leveren heeft zoals eerder gemeld voor het instroomcohort over het jaar 2005 geleid tot een behandelduur van 8,4 jaar en over het jaar 2006 van 8,0 jaar.²⁴¹ Dit is wellicht een eerste signaal waaruit blijkt dat de behandelduur afneemt. Ook maakt de nieuwe indicator (zie tabel 8, zie par. 3.2.5) voor FPC Oldenkotte

²⁴¹ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit.

duidelijk dat tot en met de cohort 2003 – 2005 er ook sprake is van een zeer lange behandelduur. Het valt echter op dat het cohort 2005 – 2007 op 1 juli 2013 op het moment van de steekproef de mediaan al ruimschoots is gepasseerd. Dit is gerealiseerd ondanks het excluderen van in de oude definitie nog wel verwerkte ‘gegarandeerde successen’ als de gemaximeerde terbeschikkingstelling, eventuele beëindiging bij recidive en overlijden. Wel kan er zoals hiervoor beschreven nog sprake zijn van terugval van patiënten, waardoor het kengetal een enigszins optimistisch beeld geeft.

De drie invalshoeken leveren het signaal op dat de behandelduur geen vast gegeven is. De behandelduur van FPC Oldenkotte kent een eigen ontwikkeling, maar ook een beweging ten opzichte van de sector. Dit maakt een versnelling van de behandelduur binnen FPC Oldenkotte over de laatste jaren aannemelijk en is daarmee een indicatie dat de behandelduur beïnvloedbaar is.

3.3.2 Duur van de maatregel terbeschikkingstelling in relatie tot gevangenisstraf

De duur van een terbeschikkingstelling komt globaal uit op de som van de straftijd die (bruto i.v.m. de v.i.-regeling) de laatste jaren tussen de 70 en 76% van de gevallen beneden de drie jaar uitkomt, een passantentijd die ooit ongeveer een jaar bedroeg en nu gedaald is tot ongeveer drie maanden en een behandelduur die sectorbreed pas sinds september 2014 een eerste teken van een daling geeft.²⁴² Daar moeten nog de fase van een mogelijk proefverlof, de fase van een voorwaardelijke beëindiging met het risico op een hervatting van de terbeschikkingstelling als je niet aan de voorwaarden voldoet en het risico van longstay aan toegevoegd worden. De verwachtingswaarde stijgt dan tot ver boven de tien jaar. Een strafoplegging van vijftien jaar – het maximum voor doodslag – heeft vanwege de hantering van een voorwaardelijke invrijheidsstelling (vanaf de zogenaamde vi-datum) na twee derde van de straftijd een lagere verwachtingswaarde. Geredeneerd vanuit de onderzoeken die aantonen dat de kans op recidive na behandeling kleiner wordt, kan gesteld worden dat daarmee de kans op een nieuwe strafoplegging zonder behandeling groter is. Gezien de verschillen in recidive zal statistisch gezien de extra straftijd in het geval er geen sprake is van een behandeling niet te verwaarlozen zijn.

3.4 Behandelduur en veiligheid

Opgeteld mag verondersteld worden dat de krimp van het aantal opleggingen, mede gezien het aantal weigerende observandi (zie par. 3.1.8), ertoe heeft geleid dat een belangrijke groep potentiële terbeschikkinggestelden niet behandeld wordt terwijl dit, gezien hun stoornis, wel nodig is. De heersende mening is dat de toegenomen nadruk op het moeten uitsluiten van risico's, dit na alle media-aandacht rond een aantal ernstige incidenten, heeft geleid tot de sterke groei van de behandelduur. En deze groei en het risico op longstay staat dan weer in relatie tot de weigering van de observandi en een toegenomen weerstand bij de

²⁴² Forensische zorg in getal 2013, p. 15, p 21; Behandelduur TBS omlaag, nieuwsbericht 10-09-2014, www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws.

rechterlijke macht.²⁴³ De rechterlijke macht heeft binnen de discretionaire ruimte dan de mogelijkheid minder vaak een terbeschikkingstelling op te leggen of de terbeschikkingstelling eerder te beëindigen.

Algemeen wordt het belang van de terbeschikkingstelling erkend. De huidige ontwikkeling maakt het aannemelijk dat nu en in de toekomst door recidive van niet behandelde potentiële terbeschikkinggestelden onnodig slachtoffers onder de burgers zullen vallen. De nadruk op risicomijding binnen de sector lijkt daarmee te leiden tot een toenemende onveiligheid voor de samenleving.

3.5 Samenvatting

De sector terbeschikkingstelling kent een turbulente geschiedenis met historisch gezien voor wat betreft het aantal opleggingen grote fluctuaties. De laatste tien jaar is er sprake van een sterke neergang van het aantal opleggingen, dit na een eerdere sterke stijging. Er zijn minder sterke trends aan te wijzen in het gevangeniswezen. Deze kunnen de ontwikkeling in de terbeschikkingstelling maar beperkt verklaren, ook omdat landelijk gezien het aantal mensen met een voor de oplegging noodzakelijke stoornis niet zo snel zal veranderen.

Deze fluctuaties in de sector terbeschikkingstelling zijn des te opmerkelijker omdat de besluitvorming om te kunnen komen tot een oplegging omringd is met strakke procedures waarbij tevens aan de deelnemers van de zitting hoge eisen gesteld worden op het vlak van professionaliteit. De professionals kennen een discretionaire ruimte, dit geldt ook voor de rechter die de terbeschikkingstelling oplegt. Daarbij weegt mee dat de rechter in de praktijk voor het dilemma van de proportionaliteit van de duur van de oplegging staat als het gaat om de verhouding met de reguliere strafmaat. En een duidelijke kentering van de behandelduur neerwaarts is nog niet gesignaleerd. De verwachtingswaarde van de behandelduur is nauwelijks te berekenen, ook omdat de huidige cijfers gebaseerd zijn op een populatie die acht jaar geleden of langer is opgenomen en dus nog langer geleden is veroordeeld. De ontwikkeling van de behandelduur in FPC Oldenkotte afgezet tegen die van de sector maakt wel aannemelijk dat de behandelduur beïnvloedbaar is.

Er is een belangrijke groep van weigerende observandi die mogelijke potentiële kandidaten voor een terbeschikkingstelling bevat. Deze observandi kiezen ervoor na voorlichting door de advocaat, waarbij de behandelduur een belangrijk onderwerp is, niet mee te werken aan het pro Justitia onderzoek dat essentieel is voor de rechter om te kunnen bepalen of er sprake is van een stoornis in de geestvermogens. De nadruk op risicomijding binnen de sector lijkt daarmee te leiden tot een toenemende onveiligheid voor de samenleving. Daarmee kan gesteld worden dat het niet alleen belangrijk is dat de behandelduur wordt teruggebracht, maar ook dat de behandelduur te beschouwen is als een afhankelijke variabele en daarmee beïnvloedbaar.

²⁴³ Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, De oplopende duur van de tbs. Advies februari 2011, p. 17.

Hoofdstuk 4 Model van de terbeschikkingstelling

De werkelijkheid van de behandeling en de factoren die daarbij van belang zijn is zeer complex. De versturende kracht van de psychopathologie van de patiënten, in meer of mindere mate elkaar soms versterkend op de afdeling, is een nauwelijks te bevatten factor. Maar ook kent het scala van de betrokken professionals een zekere mate van autonomie. De werkelijkheid is niet te beschrijven met een opsomming van nauwkeurig omschreven procedures en werkinstructies. Wil men zicht krijgen op mogelijke interventies die de behandelduur kunnen verkorten om daarmee de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling te verbeteren, dan is een handzaam model nodig dat helpt de complexe werkelijkheid te analyseren.

4.1 Oriëntatie

Het idee is te komen tot een indeling die helpt om op een overzichtelijke en gestructureerde manier stap voor stap in te zoomen op variabelen die van invloed kunnen zijn op de behandelduur, vanaf micro- tot macroniveau. Hierbij is het belangrijk dat de variabelen per niveau niet een gefragmenteerde verzameling vormen en de niveaus een onderlinge afstemming kennen binnen het grotere geheel. Dit kan bereikt worden door gebruik te maken van een model dat de verschillende niveaus omvat en zichtbaar maakt. Bij de ontwikkeling van dit model wordt gebruik gemaakt van het in FPC Oldenkotte gehanteerde kwaliteitsmodel INK²⁴⁴, het in mijn doctoraalscriptie beschreven model van het primaire proces vanuit het perspectief van beveiliging in FPC Oldenkotte²⁴⁵, de procestheorie, systeemtheorie en de beleidsnetwerktheorie. Aanvullend vindt tevens een raadpleging plaats van de stroomschema's die de parlementaire commissie Visser gehanteerd heeft.

4.1.1 Kwaliteitsmodel INK

Een organisatie kent volgens het kwaliteitsmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) vijf fasen in de groei naar volwassenheid. De achtereenvolgende fasen volgens het model zijn activiteit-/productgericht, procesgericht, systeemgericht, ketengericht en maatschappijgericht. Deze fasen zijn te lezen alsof zij bewegen van micro- tot macroniveau. In de activiteit-/productgerichte fase van een organisatie kan er sprake zijn van fragmentatie en strijdigheden tussen de verschillende activiteiten binnen het primaire proces. In de procesfase vinden deze activiteiten nog steeds plaats, echter binnen het primaire proces zorgvuldig op elkaar afgestemd. In de systeemfase is er vervolgens aandacht voor de samenhang met de ondersteunende processen. Dit betekent dat de verschillende activiteiten ook op systeemniveau nog steeds een logische plaats en een

²⁴⁴ Dorr & Zuidema 1997.

²⁴⁵ A. Goosensen, 'Beveiliging. Lerend optimaliseren van een bedrijfsproces', Doctoraal scriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998, p. 35.

elkaar aanvullende functie binnen het geheel kennen. Uiteindelijk zal dit ook gelden binnen de maatschappijgerichte fase.

De doelstelling van het INK-model: een totaal concept van kwaliteit op basis van de beleidscyclus 'plan – do – check – act'. Er is geen positiebepaling geweest om na te gaan in welke fase FPC Oldenkotte zich bevindt. FPC Oldenkotte is gecertificeerd op basis van de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg), en heeft het kwaliteitssysteem waarin procesbeschrijvingen, formulieren, beleidsdocumenten en formats zijn opgeslagen daarop gebaseerd. Wel heeft FPC Oldenkotte het kwaliteitsconcept INK verwerkt in de opzet van de planning- en controlcyclus, wat terug te vinden is in de opbouw van de jaarplannen en jaarverslagen. Vanaf 2011 is de op het INK-model gebaseerde A-3 methodiek ingevoerd. Managementgesprekken van de directie met de managementteamleden zijn dan een onderdeel van de cyclus.²⁴⁶

De hierboven genoemde fasen van het INK-model hebben de volgende kenmerken:²⁴⁷

Fase I: Een eerste kenmerk van de activiteit- of productgerichte fase is dat de kwaliteit van het werk sterk afhankelijk is van het vakmanschap en de deskundigheid van de medewerkers. En bij problemen worden zij geacht die aan hun baas voor te leggen. De communicatie vindt daarbij vooral top-down plaats. Andere kenmerken zijn dat de leidinggevende voor de medewerkers de belangrijkste informatiebron is over hoe het werk moet worden uitgevoerd en dat de kwaliteit door middel van eindcontroles wordt bewaakt.

Fase II: In de procesgerichte fase is het hoofdproces geïdentificeerd en beschreven. Dit wordt in een kwaliteitssysteem vastgelegd. Per processtap worden normen en criteria vastgelegd. Aan de hand van deze normen wordt de beheersing van het proces verbeterd. De communicatie verschuift in deze fase van verticaal naar horizontaal. In de ondersteunende processen vindt de communicatie echter nog top-down plaats. Dit verschil in manier van communiceren kan een spanningsveld opleveren tussen het primaire proces en de ondersteunende processen. De baas heeft in de procesgerichte fase geen gelijk omdat hij de baas is. Of het proces daadwerkelijk is verbeterd, is het criterium en die verbetering kun je meten. Verder is het belangrijk dat het managementteam bereid moet zijn de structuur en cultuur binnen het team onder de loop te nemen.

Fase III: Systeemgericht management heeft betrekking op alle processen binnen een organisatie. Belangrijk is dat in deze fase zowel het hoofdproces als de ondersteunende processen zijn beschreven. Er is het bewustzijn van de samenhang tussen beide soorten processen. Om bijvoorbeeld 'Just in time' te kunnen leveren, moet een veelheid van processen nauwkeurig op elkaar zijn afgestemd. Doordat alle processen zijn beschreven, wordt het eenvoudiger om meetpunten in processen vast te stellen en deze te verbinden met de doelstellingen op ondernemingsniveau. Concurrentievoordeel wordt bijvoorbeeld gehaald door een betere service aan de klant, niet door een product dat vaak niet veel in kwaliteit van dat van de concurrent verschilt.

²⁴⁶ Doeleman, Van Heumen & Diepenmaat 2010, p. 55.

²⁴⁷ Dorr & Zuidema 1997, p. 27 – 36.

Fase IV: Bij de ketengerichte benadering is de opgave voor de organisatie tot een win-win-relatie te komen met klanten en leveranciers. De producten van deze keten liggen dan nadrukkelijk in elkaars verlengde. Dit betekent niet alleen dat de logistieke processen op elkaar aansluiten maar ook dat het beleid van een ketengerichte organisatie gericht is op de hele keten. Ook de communicatieprocessen binnen de keten sluiten op elkaar aan. Om tot een topproduct te komen, moeten alle opeenvolgende organisaties voor honderd procent kwaliteit leveren.

Fase V: De maatschappij verbonden fase kenmerkt zich door vragen als: wat betekenen we nog voor de samenleving en is erop dat vlak nog sprake van een win-winsituatie? Een organisatie in deze fase is qua communicatie in dialoog met de samenleving.

Het INK-model zelf bestaat uit vijf organisatiegebieden en vier resultaatgebieden. De organisatiegebieden zijn: leiderschap, strategie en beleid, management van medewerkers, management van middelen en management van processen. De resultaatgebieden zijn: klanten en leveranciers, medewerkers, maatschappij en bestuur en financiers. “Bij de resultaatgebieden gaat het om de vraag: wat wil de organisatie bereiken en hoe maakt de organisatie de resultaten transparant. Bij de organisatiegebieden gaat het om de vraag: wat doet de organisatie om de beoogde resultaten te halen. De organisatie- en resultaatgebieden beïnvloeden elkaar; een goede organisatie is een voorwaarde voor goede resultaten. Omgekeerd zijn gewenste resultaten bepalend voor de inrichting van de organisatie. De feed-backloop geeft aan dat de organisatie leert van de uitkomsten en dat verbeteringen in gang worden gezet.”²⁴⁸

Een belangrijke kanttekening bij het model is dat het beschrijvingskader gescheiden behoort te blijven van het toetsingskader. Een negatieve beschrijvingsscore houdt niet zonder meer in dat het management een verkeerde keuze heeft gemaakt, de negatieve score stelt slechts vast dat iets niet is beschreven. Een ander risico is dat organisaties de te bereiken score op de ladder van het kwaliteitsmodel opnemen in hun bedrijfsdoelen. Ook wordt gewaarschuwd tegen het idee dat een hogere fase per definitie beter is dan een lagere, wel is een hogere fase complexer dan een lagere.²⁴⁹

4.1.2 Proces, project en programma

Nader gedefinieerd is een bedrijfsproces een reeks van logisch samenhangende activiteiten om een vooraf bepaalde doelstelling (met een gespecificeerde kwaliteit) te bereiken.²⁵⁰ Een bedrijfsproces heeft dus een begin en een eind en input en output (relaties met andere processen). De activiteiten in de keten of processtappen kunnen gespreid over tijd en plaats worden uitgevoerd en kunnen op verschillende manieren (tijdelijk) georganiseerd worden. Als de activiteiten van een proces worden aangegeven, maakt een proces vooral duidelijk hoe het werk wordt gedaan. Het belangrijkste kenmerk is, dat een bedrijfsproces

²⁴⁸ VU medisch centrum, *Het INK-managementmodel toegelicht*, 2004, p. 3.

²⁴⁹ Kerklaan, Hoogendijk, *Het INK-managementmodel, haarlemmerolie voor organisatieproblemen?* Sigmaonline.nl 2003, p. 5.

²⁵⁰ Tan 1996, p. 29.

een specifieke (meetbare) uitvoer verzorgt voor een bepaalde (interne of externe) klant binnen een bepaalde tijd.

In projectvorm kent het proces een specifieke vorm. Een project kan gedefinieerd worden als een reeks samenhangende activiteiten van veelal uitlopende disciplines gericht op een bepaald doel met een eenmalig karakter.²⁵¹ Een project heeft een begin en een einddatum en wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van één persoon, te weten de projectleider. Een andere definitie is: “A temporary endeavor undertaken to create a unique product or service”.²⁵² Projectmatig werken is op zijn plaats als routinematig werken niet of nauwelijks mogelijk is en improvisatie niet gewenst. Het wordt gekenmerkt door vier principes: eerst nadenken en dan doen, planmatig werken, afspraak is afspraak en resultaatgericht werken. Het is een manier van werken die gedragen wordt door een manier van denken.²⁵³

In een organisatie gebeurt het vaak dat er enige – en soms heel veel – projecten naast elkaar lopen.²⁵⁴ Onderdelen van een dergelijke multi-projectorganisatie moeten dan voortdurend rekening houden met de zich tegelijkertijd ontwikkelende projecten. Deze wederzijdse afhankelijkheid, bijvoorbeeld op het gebied van de inzet van personeel, drukt een duidelijk stempel op de context waarin het project zich bevindt en waarop het zelf ook weer invloed uitoefent. Het is van belang dat tussen en over deze projecten of clusters van projecten de afstemming, de coördinatie en de synergie geregeld wordt. De organisatie van deze zaken kan het best met een programma geregeld worden.

Een programma is een verzameling van inhoudelijk samenhangende projecten of improviserende en routinematige activiteiten die geclusterd zijn op basis van een of meer gemeenschappelijke kenmerken. Anders gezegd is een programma een groep projecten die gecoördineerd wordt gemanaged om daardoor resultaten te behalen die niet mogelijk zouden zijn geweest als de projecten onafhankelijk van elkaar zouden zijn gemanaged. Ook wordt de term programma wel gebruikt om een bijzonder groot langetermijnproject aan te duiden dat onderverdeeld is in meerdere deelprojecten.²⁵⁵

Vanwege de unieke kenmerken van een patiënt kan de behandeling van de patiënt om deze reden ook als een project benaderd worden. Vervolgens heeft elke afdeling in de kliniek een aantal patiënten die onder dezelfde behandelingscoördinator vallen. De patiënten worden op basis van een aantal kenmerken geselecteerd voor een afdeling. Afdelingen onderscheiden zich in de mate van beveiliging, maar ook in de manier van aanpak, bijvoorbeeld groepsmatig of individueel gericht. De behandelingscoördinator en de teamleider sociotherapie zijn daarom samen te zien als de programmaleiders van het afdelingsprogramma.

²⁵¹ Tan 1996, p. 27.

²⁵² Meredith & Mantel Jr 2009, p. 9.

²⁵³ Ten Gevers & Zijlstra 2008, p. 8 – 10.

²⁵⁴ Van den Honert en Broersma 1995, p. 143.

²⁵⁵ Meredith & Mantel Jr 2009, p. 9.

Hetzelfde doet zich voor bij de bereikbaarheidsdienst. Vanuit de bereikbaarheidsdienst worden alle patiënten vooral vanuit het perspectief van beveiliging en rechtspositie gevolgd, elke unieke patiënt vanuit een gemeenschappelijk kader. Ook worden behandellijnen centraal in de kliniek vastgesteld en getoetst. In die zin is er ook sprake van een programma op kliniek niveau waarbinnen de behandeling van elke individuele patiënt moet passen. Op dit niveau worden bijvoorbeeld de uiteindelijke besluiten genomen over de aanvraag van een verlofmachtiging, de doorplaatsing naar een volgende afdeling, het verlengingsadvies of de prognose van het behandeltraject. Daarnaast kent de behandeling zorgprogramma's die per deelpopulatie, bijvoorbeeld patiënten met een gewelddadig delict en een persoonlijkheidsstoornis, aangeven welke behandelmodules op groepsniveau geïndiceerd zijn.

4.1.3 Primair proces

In het forensisch psychiatrisch centrum wordt onderscheid gemaakt tussen het primair proces en de ondersteunende processen. Op basis van de missie van de sector en afgeleid daarvan die van FPC Oldenkotte is het kort geformuleerd de taak van het primair proces patiënten op te nemen met een te hoog veiligheidsrisico om in de maatschappij te kunnen functioneren (input) en deze binnen een verantwoord niveau van afnemende beveiliging zo te behandelen dat de risico's in die mate afnemen dat terugplaatsing in de maatschappij verantwoord (output) is.

Het ingewikkelde is dat binnen het primair proces drie parallelle bepalende processen zijn te onderscheiden. Dit zijn respectievelijk de behandeling, de beveiliging en de rechtspositie. De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden heeft als centrale doelstelling een evenwichtige afstemming te realiseren van deze drie kernelementen van de terbeschikkingstelling.²⁵⁶ De rechtspositie geeft de rechten en plichten van de patiënten aan, een kader waar de professionals voortdurend rekening mee moeten houden.

Dat het evenwicht tussen deze drie kernelementen voortdurend en wellicht toenemend onder druk staat mag wel blijken uit het doel van Stichting Forum TBS: niet het in stand houden van het stelsel op zich, maar wel de principes waarop de wetgeving gebaseerd is overeind te houden; het evenwicht herstellen dat er moet zijn tussen beveiliging, behandeling en de rechtspositie van de terbeschikkinggestelde. Tevens wordt erop gewezen dat dan een effectieve behandeling kan blijven bestaan voor delinquente patiënten die daarop aangewezen zijn, en zo wordt voorkomen dat zij onbehandeld terugkeren in de maatschappij met een grotere kans op herhaling.²⁵⁷

De terbeschikkingstelling kent bijvoorbeeld op basis van de rechtspositie wel dwangverpleging maar geen dwangbehandeling, niet anders dan na een zorgvuldige afweging van het gevaarscriterium waarbij per geval verantwoording moet worden afgelegd (zie par. 5.3.3). En wat een goed idee is binnen de behandeling kan afgewezen worden omdat het te risicovol is, zoals bij het verlenen van vrijheden. Het opbouwen van

²⁵⁶ Leuw & Mertens 2001, p. 2.

²⁵⁷ Over forum TBS, Symposium Forum TBS, 3 november 2011.

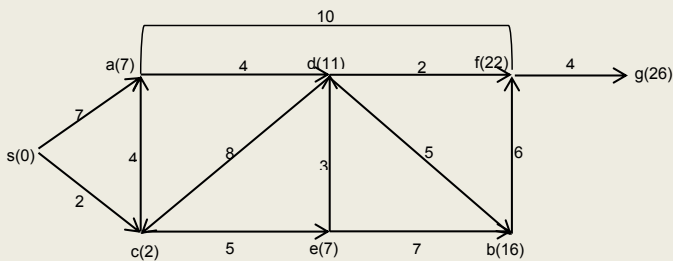
een relatie kan belangrijk zijn in het kader van de contextuele therapie en een indicatie voor verlof, echter toch onverantwoord.

Voorgaande maakt direct duidelijk dat het INK-model niet één op één is toe te passen op een forensisch psychiatrisch centrum. Mocht de kliniek op veel vlakken voldoen aan de criteria van de procesfase, dan nog geldt dat op belangrijke momenten in het proces vanuit het beveiligingsperspectief top-down ingegrepen zal worden. Dan telt de hiërarchie ofwel het gelijk van de baas en niet het proces. Op die momenten dient het te functioneren als een activiteiten- of productgerichte organisatie.

4.1.4 Kritieke pad

Aangezien het perspectief gericht is op het terugbrengen van de behandelduur is het interessant de Critical Path Method (CPM) te gebruiken. De methode is erop gericht de activiteiten vast te stellen die geen uitstel kunnen verdragen omdat anders de doorlooptijd van het gehele project in gevaar komt. Maar ook worden de activiteiten onderscheiden waarbij enig uitstel niet leidt tot vertraging. Het kritieke pad is het langste pad door het netwerk van activiteiten (zie figuur 1), en geeft daarmee weer wat de minimale tijd is om het hele project uit te voeren. Door doelgericht te investeren in de kritieke activiteiten kan de doorlooptijd van het gehele project of programma teruggebracht worden.²⁵⁸ Er is in FPC Oldenkotte geen kritiek pad bepaald op basis van een uitgewerkt netwerk van activiteiten. Wel kan gesteld worden dat het kritieke pad knooppunten heeft op die momenten dat een patiënt overgaat naar een volgende verlofmachtiging. Op dat moment moeten behandeling, beveiliging en rechtspositie samen groen licht afgeven en alle daartoe noodzakelijke activiteiten afgerond zijn.

Figuur 1: Voorbeeld kritieke pad: $s \rightarrow a \rightarrow d \rightarrow b \rightarrow f \rightarrow g$



²⁵⁸ Meredith & Mantel 2009, p. 385.

De behandelduur bestaat daarmee uit de optelsom van de fase zonder machtiging en de gerealiseerde fasen van de verschillende machtigingen tot aan het proefverlof of bij afwezigheid van proefverlof de voorwaardelijke beëindiging. Elke verloffase kenmerkt zich in eindtermen door het vaststellen dat de risico's, na behandeling in de kliniek en de oefening en toetsing in de praktijk van het verlof, de aanvraag van een volgende machtiging niet in de weg staan. Een andere voorwaarde is dat de rechtspositie een aanvraag of een deel daarvan in de vorm van beperkende voorwaarden niet belemmert. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen na een onttrekking of in het geval een patiënt de status van ongewenst vreemdeling heeft.

Kenmerkend aan het kritieke pad is dat door het terugbrengen van de tijdsduur van één activiteit – hier geldt bijvoorbeeld voor de machtiging onbegeleid verlof dat door tijdig vast te stellen dat de patiënt aan de criteria voor de machtiging transmuraal verlof voldoet en deze dan aan te vragen de fase onbegeleid verlof in duur teruggebracht kan worden – de totale duur afneemt. Een zelfde effect als het gaat om de optimalisatie van de verloffgang kan wellicht bereikt worden door deelactiviteiten te verkorten. Mocht bijvoorbeeld de activiteit 'b → f' staan voor de voorbereiding van de bespreking in de interne verloftoetsingscommissie en kan de duur daarvan teruggebracht worden van 6 naar 4, dan wordt de totale duur teruggebracht naar 24. De methode van het kritieke pad is vooral geschikt voor projecten.

Activiteiten die niet tot het kritieke pad behoren zijn daarmee niet onbelangrijk, maar zijn bij een (beperkte) vertraging niet van invloed op de totale duur. In de praktijk van FPC Oldenkotte is het, gegeven het feit dat het netwerk met daarbinnen het kritieke pad niet in kaart is gebracht, niet duidelijk of de behandelduur feitelijk bepaald wordt door de volgorde van activiteiten op basis van de beschreven processen.

De voortgang op basis van het kritieke pad kan geoptimaliseerd worden, maar ook op verschillende manieren worden verstoord: door incidenten, maar ook doordat op zich niet kritieke activiteiten van het primaire proces de behandelduur bepalende activiteiten onvoldoende ondersteunen of te veel tijd nemen. Daarmee kan de situatie ontstaan dat de activiteiten van het kritieke pad niet meer de behandelduur bepalen.

Een risicotaxatie kan twee maanden voor het overleg van de Interne Verloftoetsingscommissie opgesteld worden, ook een maand, maar niet een week vooraf. Een veel langere periode tussen de risicotaxatie en het overleg van de commissie zal echter kwalitatief aan waarde inboeten. En is de planning van de behandelplanbesprekingen zorgvuldig afgestemd op de behoefte van het kritieke pad, dan werkt dat weer ondersteunend.

4.1.5 Rechtsgang en terbeschikkingstelling

De commissie Visser hanteert in haar eindrapport een eerste doorloopschema om de rechtsgang vanaf het ontspreken en het delictgedrag tot en met de veroordeling of het opleggen van de maatregel weer te geven en een tweede schema voor de uitvoering van de terbeschikkingstelling vanaf het uitzitten van de straf tot en met de nazorg of toezicht (zie

bijlage I).²⁵⁹ Daarnaast worden de rechtsgang en de uitvoering van de terbeschikkingstelling beschreven.²⁶⁰ De beschrijving in het eindrapport van de rechtsgang tot en met de terbeschikkingstelling met dwangverpleging samenvattend vindt na het delict de opsporing en vervolgens de aanhouding van de verdachte plaats. De verdachte verblijft dan maximaal tien dagen in een politiecel en kan dan in voorlopige hechtenis worden genomen. In de politiecel is vaak al te zien of er sprake is van psychische problematiek bij de verdachte. Om te kunnen bepalen of het tenlastegelegde feit aan de verdachte kan worden toegerekend kan een officier van justitie of de rechter-commissaris opdracht geven voor een pro Justitia onderzoek. Of een officier van justitie of een rechter-commissaris hiervoor opdracht geeft, is per arrondissement verschillend. Ook bestaat de mogelijkheid om later in het strafproces een aanvraag in te dienen. Aanleiding voor het aanvragen van een pro Justitia onderzoek kan de aard en/of ernst van het tenlastegelegde feit zijn en/of het gedrag van de verdachte. Een pro Justitia onderzoek wordt aangevraagd als een verdachte in voorlopige hechtenis is genomen.

De rechter veroordeelt de verdachte indien het ten laste gelegde feit wettig en overtuigend bewezen is tot een gevangenisstraf of een maatregel of een combinatie daarvan. De grondslag van de straf is de proportionele vergelding, dat wil zeggen de vergelding naar de mate van schuld. Een maatregel is niet gericht op leed toevoeging of vergelding, maar op bescherming van de samenleving en het voorkomen van recidive. De maatregel hoeft dan ook in strafrechtelijke zin niet proportioneel te zijn. De maatregel tbs met dwangverpleging betekent wel een dwang tot verpleging, maar kent geen dwang tot behandeling. Dwangbehandeling is alleen onder strikte voorwaarden toegestaan. Het systeem is dat de officier van justitie ten behoeve van een aanstaande verlengingszitting een vordering indient tot verlenging. De kliniek waar de persoon behandeld wordt, adviseert dan. Eens per zes jaar komen er ook externe deskundigen aan te pas. De doelstelling van het onderzoek is samengevat: "Voordat iemand kan terugkeren wordt op vaste momenten tijdens de terbeschikkingstelling de effectiviteit, veiligheid en voortzetting (of beëindiging) van de behandeling onafhankelijk en professioneel getoetst."²⁶¹ De terbeschikkinggestelde wordt tijdens de zitting bijgestaan door een advocaat. Wanneer hij het niet eens is met de verlengingsbeslissing van de rechtbank, kan hij in hoger beroep gaan bij de Penitentiaire Kamer van het gerechtshof in Arnhem. Ook het openbaar ministerie heeft deze mogelijkheid.

Indien de terbeschikkinggestelde naast de terbeschikkingstelling een gevangenisstraf opgelegd heeft gekregen, dient hij (in de regel) twee derde van deze straf uit te zitten in een penitentiaire inrichting. Zodra de uitspraak van de rechter tot oplegging van de tbs-maatregel onherroepelijk is, wordt de veroordeelde aangemeld bij de afdeling Individuele Tbs-Zaken (ITZ), onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). De veroordeelde wordt direct op de centrale wachtlijst geplaatst. De terbeschikkinggestelde komt in aanmerking voor plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum na het uitzitten van twee derde van de straf. Indien geen gevangenisstraf is opgelegd, komt de

²⁵⁹ Commissie Visser 2006, p. 128, 129.

²⁶⁰ Commissie Visser 2006, p. 19 – 50.

²⁶¹ www.nifpnet.nl/NIFP/OverhetNIFP/Werkzaamheden.aspx.

terbeschikkinggestelde direct in aanmerking voor plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum. De forensisch psychiatrische centra hadden tot voor enige jaren wachtlijsten als gevolg van de capaciteitstekorten. De terbeschikkinggestelde wordt indien plaatsing niet direct mogelijk is overgeplaatst naar een afdeling met het regime van een huis van bewaring en blijft daar als zogenaamde passant tot opname in het forensisch psychiatrisch centrum plaatsvindt. Er worden in het rapport drie hoofdfasen van behandeling onderscheiden, te weten de opnamefase, de behandelfase en de resocialisatiefase.

In de opnamefase wordt dan op basis van diagnostisch onderzoek bepaald welk zorgprogramma op de patiënt van toepassing is, welke modules hij zal volgen en naar welke vervolgafdeling hij zal gaan. In de behandelfase vindt vervolgens de behandeling volgens een zorgprogramma plaats. De patiënt volgt modules die op basis van het diagnostisch onderzoek voor hem geïndiceerd zijn. De resocialisatiefase is de laatste fase van de behandeling. Verlof is een onmisbaar onderdeel van deze fase. Deze fase kan ook deels transmuraal plaatsvinden. De behandeling vindt plaats in een forensisch psychiatrisch centrum of een forensisch psychiatrische kliniek (fpk). Na de behandeling volgt de uitstroom uit de terbeschikkingstelling via achtereenvolgend proefverlof, voorwaardelijke beëindiging en de beëindiging van de terbeschikkingstelling. In de praktijk kan proefverlof overgeslagen worden, ook is het mogelijk dat een patiënt de longstaystatus krijgt.

In combinatie met de stroomschema's in bijlage I geeft bovenstaande het chronologische verloop weer zonder dat er sprake is van incidenten of correcties. Gezien het aantal incidenten en maatregelen tijdens de 'gemiddelde verpleging van de terbeschikkinggestelde' dient er in het model nog aandacht te zijn voor afwijkingen van de reguliere gang van zaken en het effect daarvan op de behandelduur. Het aantal van 412 geregistreerde maatregelen van separatie en afzondering in FPC Oldenkotte in 2010 is daarvoor een indicatie. Tevens lopen de beschreven fasen van opname, behandeling en resocialisatie niet gelijk op met de fasen van de achtereenvolgende verlofmachtigingen. De fase zonder verlofmachtiging kent bijvoorbeeld wel diagnostisch onderzoek en de toewijzing van een zorgprogramma, maar ook behandeling. Verder liggen na de toewijzing van het zorgprogramma de te volgen modules ook in het beste geval nog niet geheel vast en zal er tijdens de verpleging nog nader diagnostisch onderzoek kunnen plaatsvinden met een mogelijke bijstelling van de behandeling tot gevolgd. De beschrijving gaat er tevens vanuit dat er sprake is van een voortdurende samenwerking tussen de patiënt en de behandelaars. Ook in situaties waar geen sprake is van incidenten hoeft dit niet het geval te zijn of kan er sprake zijn van een moeizaam samenwerkingsproces.

4.2 Bouwstenen model

In het volgende worden de respectievelijke niveaus van het INK-model in combinatie met voorgaande beschrijving en bijbehorend schema gelegd naast de praktijk van de behandeling in FPC Oldenkotte.

4.2.1 Activiteiten- of productniveau

Een eerste mogelijke invalshoek om de behandelduur terug te brengen bestaat uit het analyseren van FPC Oldenkotte op die punten waar de organisatie noodzakelijkerwijs functioneert op het activiteiten- of productgerichte niveau. Hiervan is sprake op die momenten dat zich afwijkingen voordoen ten opzichte van de normale gang van zaken in het reguliere proces ofwel het kritieke pad en de afhandeling van de gevolgen daarvan. In de praktijk van de sector spreekt men dan over incidenten en de daarop eventueel volgende maatregelen. De maatregelen en de grond daartoe zijn in de Beginselenwet verpleging ter beschikkinggestelden beschreven. Een voorbeeld is: “Het hoofd van de inrichting is bevoegd een verpleegde af te zonderen of te separeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op een belang als bedoeld in artikel 32 eerste lid.”²⁶² De genoemde belangen betreffen dan: “de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen; de handhaving van de orde of veiligheid in de inrichting; de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde.”

Ernstige incidenten zijn bijvoorbeeld fysiek geweld, dreigen met geweld, poging tot suïcide, automutilatie, brandstichting, middelengebruik of een onttrekking aan toezicht. Maar er kan ook sprake zijn van een incident in de vorm van het veroorzaken van geluidsoverlast in de afdeling, het stukgooien van een kopje op de grond, het weigeren van corvee of onbeschoft gedrag. In het evaluatieverslag van het verplegings- en behandelingsplan dient expliciet aandacht te worden besteed aan: “incidenten waarbij de verpleegde betrokken is geweest”.²⁶³ Het belang van incidenten tijdens de behandeling wordt verder benadrukt doordat incidenten en de bijbehorende interventies in de verlofaanvraag en het verlengingsadvies vermeld dienen te worden. Incidenten in de categorie bijzondere voorvallen zijn opgenomen in de ministeriële Regeling melding bijzonder voorval.²⁶⁴

Maatregelen naast separatie en afzondering zijn onder andere het intrekken van vrijheden buiten de afdeling (afdelingsarrest) of het intrekken van verloven. Maar ook kan een maatregel er uit bestaan dat het een patiënt niet toegestaan is te bellen of bezoek te ontvangen of dat dit begeleid dient te gebeuren. Voorbeelden van maatregelen die onder controle en geweldgebruik vallen, zijn onderzoek aan lichaam of kleding, urineonderzoek, onderzoek in het lichaam of een onderzoek van de persoonlijke verblijfsruimte. Een andere maatregel is het terugplaatsen van een patiënt naar een afdeling met een hoger beveiligingsniveau, wat gepaard kan gaan met minder vrijheden. Een plaatsing op een afdeling intensieve zorg kent hierin een aparte status.²⁶⁵ Daarmee wordt een stap gezet tegen de richting in van de resocialisatie. Het kan hierbij gaan om een time-out maar ook om een werkelijke terugplaatsing. Het intrekken van een verlof of een terugplaatsing kan ook vergezeld gaan van het intrekken van een verlofmachtiging. Wordt een patiënt bijvoorbeeld teruggeplaatst van een verblijf buiten de kliniek naar een afdeling in de kliniek

²⁶² Art. 34 lid 1 Bvt.

²⁶³ Art. 27 lid 1 sub e Rvt.

²⁶⁴ Art. 2 lid 1 en 2 ministeriële ‘Regeling melding bijzonder voorval’.

²⁶⁵ Art. 32 Bvt.

dan wordt, als het niet om een time-out gaat, de machtiging transmuraal verlof ingetrokken of niet verlengd.

Een incident wordt over het algemeen niet automatisch gevolgd door een beperkende maatregel. Het kan tenslotte ook mogelijk zijn het conflict uit te praten, de tijd nemen om bij te komen of bijvoorbeeld tot rust te komen door een konijn van de kleinveestapel te verzorgen. Ook wordt al of niet in combinatie met een maatregel gebruik gemaakt van het schrijven en bespreken van een zelfanalyse op basis van de vroegsignaleringsmethodiek.

Het lijkt vanzelfsprekend dat een beperkende maatregel in meer of mindere mate een vertraging in de behandeling oplevert en daarmee een verlenging van de behandelduur. Iemand valt uit de boot en moet weer aan boord gebracht worden, en daarvoor moet de boot even stilliggen of zelfs omkeren. Situaties die hieronder vallen zijn de vrijheidsbeperkende maatregelen. Een patiënt wordt daardoor in meer of mindere mate beperkt in het volgen van de behandeling en de toetsing daarvan.

Op basis van de rechtspositie van een patiënt, in de wet ter beschikking gestelde of verpleegde genoemd, zijn bepaalde maatregelen beklagwaardig.²⁶⁶ De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden kent een hoorplicht. Dit betekent dat de patiënt voordat de beslissing genomen wordt gehoord dient te worden.²⁶⁷ Vervolgens dient de patiënt onverwijld een schriftelijke verklaring te ontvangen waarin de beslissing met redenen wordt omkleed.²⁶⁸ Dit betekent niet alleen dat een patiënt naar aanleiding van in de wet nader omschreven beslissingen bij de beklagcommissie (de commissie van toezicht benoemt hiertoe minimaal drie leden van de commissie met ondersteuning van een secretaris) in beklag kan, maar ook dat een patiënt gehoord dient te worden voordat een maatregel ingaat en de maatregel schriftelijk gemotiveerd dient te worden, en dat binnen bepaalde termijnen. Ook de patiënt is gehouden aan nader omschreven termijnen.

Een patiënt heeft het recht de commissie van toezicht te vragen om bemiddeling.²⁶⁹ Indien het een beslissing betreft waartegen beklag openstaat, dient dit uiterlijk de zevende dag na de mededeling van de beslissing plaats te vinden, waarna de patiënt alsnog in beklag kan gaan.

Tegen de uitspraak van de beklagcommissie kunnen het hoofd van de inrichting en de klager beroep instellen bij de beroepscommissie, een door de Raad van Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming benoemde commissie met ten minste drie leden, die wordt bijgestaan door een secretaris.²⁷⁰ Hangende de uitspraak kan op verzoek van de klager de voorzitter van de beroepscommissie na het hoofd van de inrichting gehoord te hebben de beslissing geheel of gedeeltelijk schorsen.²⁷¹ Naast beroep betreffende genomen beslissingen door de beklagcommissie is het ook mogelijk voor de

²⁶⁶ Art. 1sub i Bvt; art. 1sub j Bvt; art. 56 Bvt.

²⁶⁷ Art. 53 Bvt.

²⁶⁸ Art. 54 Bvt.

²⁶⁹ Art. 55 Bvt.

²⁷⁰ Art. 67 Bvt.

²⁷¹ Art. 64 Bvt.

patiënt beroep in te stellen tegen het intrekken van een machtiging door Onze Minister betreffende verlof of proefverlof.²⁷²

Het beoordelen van een maatregel uitsluitend als een vertraging en een te vermijden interventie is echter te eenzijdig. Juist tijdens de behandeling waarbij patiënten vanwege hun psychische kwetsbaarheid enorme inspanningen moeten leveren en regelmatig op hun tenen lopen, kan een maatregel ook ondersteunend werken. Een eenvoudige illustratie hiervan is het gegeven dat het bij de terbeschikkinggestelden vaak gaat om zwakke persoonlijkheden al of niet met een psychotische problematiek die vaak sterk verwaarloosd zijn en of ernstig in het leven gefaald hebben, verslaving kennen en van wie vervolgens na opname zonder blikken of blozen geëist wordt te stoppen met het gebruik van verslavende middelen veel sterker dan een sigaret.

Een tijdig genomen beperkende maatregel kan soms erger voorkomen. Een separatie kan bijvoorbeeld in het uiterste geval ook gezien worden als een manier om het toch vol te houden met de patiënt. De mogelijkheden van de professional en de behandeling zijn niet onbeperkt. Het is daarom belangrijk na te gaan in welk geval een maatregel bijdraagt aan het risico op een negatieve spiraal en de behandeling dreigt te stagneren waardoor ook het risico vergroot kan worden dat een patiënt overgeplaatst wordt naar een andere kliniek of voor herselectie wordt aangeboden bij DForZo.

De ‘huis, tuin en keuken incidenten’ worden door de sociotherapie zelf opgepakt. Grotere incidenten worden vooral onder regie van de bereikbaarheidsdienst opgepakt. Voorbeelden van incidenten zijn niet alleen geweldplegingen naar personeel en medepatiënten of bedreigingen en grensoverschrijdend gedrag naar anderen. Iemand kan ook een gevaar voor zichzelf zijn.

4.2.2 Procesniveau

De behandelduur is zoals eerder omschreven per definitie de optelsom van de periode zonder verlof, begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. In proces termen gesteld vormen deze perioden de duur van de throughput ofwel de doorstroomtijd en bepalen daarom samen de kortste route door het geheel van processen. De overgang van de ene naar de andere machtiging wordt daarbij gezien als een belangrijk en herkenbaar knooppunt in het kritieke pad. Op het moment van de beëindiging van de terbeschikkingstelling hoeft het niet zo te zijn dat alle verlofsoorten zijn gevolgd, dat is ook niet de praktijk. Het komt voor dat ingeschat wordt dat een patiënt niet in staat zal zijn te komen tot onbegeleid verlof en na uitgebreid vooroverleg de terbeschikkingstelling beëindigd wordt en de rechter aansluitend een rechterlijke machtiging afgeeft.

De aanvraag van een machtiging en het zorgvuldig verlenen van vrijheden en verloven zijn kernactiviteiten van het verlofmanagement. Het moment van de aanvraag van een machtiging is een keuze, evenals daar van afgeleid het verlenen van vrijheden en verloven op basis van de machtiging. In het geval een machtiging onnodig laat wordt aangevraagd,

²⁷² Art. 69 Bvt jo art. 50 – 51 Bvt.

leidt dit tot vertraging in de behandeling. Een onvoldoende onderbouwde aanvraag leidt tot een afwijzing of de vraag om nadere informatie, en ook dit kost behandel tijd. Wordt een patiënt verlof verleend op een moment dat zijn psychische toestand onvoldoende stabiel is, dan kan dit eventueel leiden tot ongeoorloofde afwezigheid indien de patiënt niet op tijd terugkeert of in het geval van begeleid verlof zich aan de begeleiding onttrekt. En ongeoorloofde afwezigheid leidt standaard, uitzonderingen daargelaten, tot het intrekken van de verlofmachtiging en een vertraging van minimaal een jaar op basis van de Verlofregeling tbs. Het duurt dan, tenzij zwaarwegende persoonlijke omstandigheden zich hier tegen verzetten in die gevallen waarin een patiënt een machtiging onbegeleid verlof met overnachtingen, transmuraal verlof of proefverlof heeft in combinatie met het feit of de onttrekking langer of korter dan 24 uur heeft geduurd, een jaar voordat er weer een machtiging aangevraagd kan worden.²⁷³ In het geval de machtiging niet wordt ingetrokken of een nieuwe machtiging op korte termijn kan worden aangevraagd, worden de vrijheden door de kliniek in de regel pas na een zorgvuldig en vaak ook tijdrovend proces weer teruggegeven.

Het is daarom van vitaal belang dat het verlofmanagement als proces goed in elkaar zit, het helder is wanneer machtigingen worden aangevraagd en zorgvuldige besluitvorming plaatsvindt over de aanvraag van machtigingen bij de verlofunit. Op basis van de door de verlofunit verleende machtiging kan de kliniek vervolgens vrijheden toekennen die binnen de machtiging vallen en op basis van de vrijheden verlopen verlenen die weer binnen de vrijheden vallen. Een patiënt kan bijvoorbeeld een machtiging onbegeleid verlof hebben met de mogelijkheid bij familie per week twee nachten over te blijven. De vrijheden kunnen echter nog beperkt zijn tot kort onbegeleid verlof zonder overnachting. Maar op basis van de psychische toestand van de patiënt op een bepaald moment kan dan weer besloten worden niet verder te gaan dan begeleid verlof, dit alles binnen dezelfde machtiging en daarvan afgeleide vrijheden.

4.2.3 Systeemniveau

Binnen het primair proces in een forensisch psychiatrisch centrum kunnen zoals eerder genoemd de deelprocessen behandeling, beveiliging en rechtspositie onderscheiden worden (zie par. 4.1.3). Hoewel primair proces genoemd, bepaalt de doorlooptijd van de meeste activiteiten van deze processen, namelijk die buiten het kritieke pad vallen, niet de duur van de doorstroom. Deze activiteiten zijn echter niet van het verlofmanagement los te koppelen en kunnen daarom, hoewel zij onderdeel zijn van het primaire proces, in relatie tot het kritieke pad als ondersteunend worden gezien. Het bijzondere is zoals eerder genoemd dat de drie processen modelmatig wel zijn te onderscheiden maar niet te scheiden. Deze primaire deelprocessen zijn in een optimale situatie goed op elkaar en het verlofmanagement afgestemd en ondersteunend. Maar ook de afstemming met verschillende reguliere ondersteunende processen is van belang.

De behandeling werkt aan het verminderen van de risico's waardoor het op enig moment verantwoord is met een patiënt op verlof te kunnen. Worden vrijheden beperkt, dan moet

²⁷³ Art.17 lid 1 – 5 Verlofregeling tbs, 24 december 2010.

dit wel in de lijn van de rechtspositie. En als een behandelplanbespreking drie weken later wordt gepland vanwege de vakantie van bijvoorbeeld een rapporteur/notulist of dat dit beter uitkomt in verband met een op te stellen verlengingsadvies, dan levert dat als er geen correctie volgt het risico van een verlenging van de behandelduur op. De aanwezigheid van de mentor of persoonlijk begeleider van de patiënt bij de behandelplanbespreking doet goed aan de kwaliteit van deze bespreking, en dat stelt vervolgens eisen aan de roostering van de sociotherapie. Het is tot slot op systeemniveau belangrijk dat het geheel op kritische momenten in de behandeling op kliniekprogramma niveau wordt getoetst, dit om de kwaliteit te kunnen bepalen, de afwijkingen bij te sturen en kliniekbrede kennis te ontwikkelen.

4.2.4 Ketenniveau

Een patiënt wordt geplaatst, uitgeplaatst en de terbeschikkingstelling wordt beëindigd. Het is voor de behandelduur van groot belang dat een patiënt op het juiste moment zorgvuldig opgenomen en uitgeplaatst kan worden. De rol van de penitentiaire inrichting en die van de dienst vervoer en ondersteuning (DV&O) is van betekenis bij de opname. De eerste uren of zelfs de eerste vijf minuten bij de opname zijn voor een goede start van de behandeling van groot belang.²⁷⁴ In de voorbereiding op en rond de uitplaatsing telt een goede samenwerking met vervolginstellingen. Het niet tijdig beschikbaar zijn van een woning voor een patiënt die zelfstandig kan wonen, doet de behandelduur ook geen goed. Tot en met transmuraal verlop is een kliniek voor elke interventie op het vlak van behandeling, beveiliging en rechtspositie verantwoordelijk, ook als een patiënt bijvoorbeeld bij een onderaannemer in een forensische psychiatrische afdeling (fpa) verblijft. Tijdens proefverlop schuift de verantwoordelijkheid op en ligt de dagelijkse verantwoordelijkheid bij de reclassering en de eindverantwoordelijkheid bij de kliniek. Om deze verantwoordelijkheid te kunnen nemen, schuift de reclassering vroegtijdig aan bij de behandelplanbespreking en rapporteert de reclassering indien het proefverlop is ingegaan tweemaandelijks aan de kliniek.

4.2.5 Beleidsnetwerkniveau

Het afgeven van de machtiging van de verlofmarges valt onder verantwoordelijkheid van de verlofunit, dit na advies van de Adviescommissie verloftoetsing (AVT) en namens de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. De oplegging van de terbeschikkingstelling, de verlenging en de al of niet voorwaardelijke beëindiging is de taak van de rechterlijke macht. Deze wordt voorafgaand aan de eventuele oplegging van de terbeschikkingstelling geadviseerd door het NIFP, hetzelfde doen onafhankelijke deskundigen eens per zes jaar en de reclassering als het gaat om een plan ten behoeve van een eventuele voorwaardelijke beëindiging. Eerder zijn de rol en de invloed van de advocatuur al aangegeven. Daarnaast is er de wetgevende macht en speelt de invloed van de media een niet te verwaarlozen rol.

Het samenspel van dit netwerk heeft een belangrijke invloed op de behandelduur. De media-aandacht na incidenten heeft in het verleden bijvoorbeeld meegewerkt aan wat

²⁷⁴ Voskes, Teunissen & Widdershoven 2011, p. 18.

bekend is geworden als ‘incident politiek’. De angst om fouten te maken krijgt dan een belangrijke invloed op het beleid van de minister en dat van de klinieken. Het vanzelfsprekende gevolg is dat de praktijk onder druk komt te staan en risico’s al snel als te hoog worden ingeschat. Maar ook is het tempo waarin de reclassering tot een begeleidingsplan komt van invloed op de behandelduur. Een maand vertraging betekent ook dat de betreffende fase in de resocialisatie met een maand wordt verlengd. Voor de acceptatie van het forensisch psychiatrisch centrum of de patiënt in het geval van resocialisatie is bijvoorbeeld het college van burgemeester en wethouders, evenals het politiekorps weer erg belangrijk.

4.3 Naar een model

De werkelijkheid van de terbeschikkingstelling is zoals voorgaande duidelijk maakt zeer complex. Het onderscheid tussen processen, projecten en programma’s maakt het mogelijk om waar nodig doelgericht in te zoomen zonder de werkelijkheid al te veel geweld aan te doen. Door vanuit die invalshoeken te redeneren worden in het volgende de verschillende activiteiten een plek gegeven in een schema. Hierdoor ontstaat een visualisatie die helpt de verbindingen en afhankelijkheden te zien in het grotere geheel van de sector (zie bijlage II). De figuur geeft op basis van voorgaande de belangrijke processen/projecten en programma’s schematisch weer. Het betreft de fasen vanaf het delict tot de opname, de doorloop en de uitstroom. Vervolgens worden een aantal speerpunten van beleid van FPC Oldenkotte verdeeld over de verschillende ontwikkelingsniveaus van het INK-model en verbonden met het model van de terbeschikkingstelling. Door een beperking tot drie niveaus, hier micro-, meso- en macroniveau genoemd, ontstaat een benadering waarmee systematisch nagegaan kan worden hoe te komen tot de gewenste verkorting van de behandelduur.

4.3.1 Model

In het model²⁷⁵ staat de kwaliteitscommissie (Kwaliteitscommissie) voor het kliniekprogramma. In dit overleg onder voorzitterschap van de eerstverantwoordelijke van de behandeling of de eerste geneeskundige wordt het door het multidisciplinair behandelteam onder voorzitterschap van de behandelingscoördinator voorgestelde behandeltraject van elke patiënt al of niet vastgesteld en later op indicatie eventueel bijgesteld. De (deel)processen en andere programma’s vallen allemaal onder het kliniekprogramma. De behandeling volgt de zwarte lijn vanaf opname tot en met advies. Indien er geen sprake is van een proefverlof valt dit samen met de behandelduur, anders eindigt de behandelduur na afronding van het deelprogramma transmuraal verlof met forensisch psychiatrisch toezicht (Tmv-fpt) op het moment dat het proefverlof aanvangt met het deelprogramma proefverlof met forensisch psychiatrisch toezicht (PV-fpt).

De zorgprogramma’s (Zp U,V,W) voeden de behandeling tijdens het traject, dit onder leiding van de behandelingscoördinator (BC) als projectleider. Een matrixorganisatie wordt wel gedefinieerd als “A structural design that assigns specialists from functional

²⁷⁵ De in het schema van bijlage II gebruikte benaming is tussen haakjes aan de beschrijving toegevoegd.

departments to work on one or more projects that are led by a project manager”.²⁷⁶ Dit betekent tevens dat er in beperkte mate sprake is van een matrixorganisatie. De afdelingsprogramma’s (Progr afd X,Y,Z en Progr Tmv-fpt) zijn op elkaar afgestemd. De behandelingscoördinator legt na overleg in de behandelplanbespreking een conceptverlofaanvraag voor aan de interne verloftoetsingscommissie (IVT), waarna deze de aanvraag na goedkeuring doorstuurt naar de verlofunit (Verlunit) die deze standaard ter advisering voorlegt aan de adviescommissie verloftoetsing (AVT).

De reclassering (Reclassering) schuift al aan bij de behandelplanbespreking op het moment dat resocialisatie in beeld komt. De patiënt kan op dat moment nog in een afdeling van FPC Oldenkotte verblijven. De opname (Opname) en advisering (Advies) ten behoeve van de verlengingszitting (Vordering Verdediging Uitspraak) vormen het programma bij aanvang, respectievelijk bij het einde van de behandeling. Voor de opname wordt kort de gang van zaken na het delict weergegeven, na het advies de verlengingszitting die mogelijk leidt tot een voorwaardelijke beëindiging (Vrw einde) en uiteindelijk tot beëindiging van de terbeschikkingstelling (Einde tbs).

De incidenten worden behandeld door de bereikbaarheidsdienst (BD). Indien het zwaardere incidenten betreft worden deze voorgelegd aan de directie (RvB) en in het geval er sprake is van een bijzonder voorval zoals gedefinieerd door DForZo doorgegeven aan de Piketdienst van DForZo (Piket). Eventueel besluit DForZo tot een aanvullende maatregel.

4.3.2 Van micro- tot macroniveau

Zoals eerder opgemerkt kent FPC Oldenkotte geen positiebepaling binnen de INK-systematiek. Daarbij doet het feit zich voor dat een positiebepaling niet per definitie een oplossing is om op een hoger plan te komen en efficiënter en effectiever te functioneren omdat de gewenste of beschreven situatie en de praktijk niet altijd in overeenstemming met elkaar zijn. Tevens bleek de kwaliteitscyclus op het behandelvlak in de vorm van de P-D-C-A cyclus (zie par. 2.6.2) op basis van de managementgesprekken tijdens de onderzoeksperiode in het algemeen niet optimaal te verlopen. Eerder is al geconstateerd dat het voornemen de behandelduur terug te brengen, waarbij de klinische behandeling binnen twee jaar dient plaats te vinden, op zichzelf niet vanzelfsprekend leidt tot beweging in de doorlooptijd.

Om te komen tot handvatten om de behandelduur terug te brengen kende FPC Oldenkotte drie speerpunten van beleid die ingedeeld kunnen worden met behulp van het model en de ontwikkelingsfasen van het INK-model. Dat zijn achtereenvolgens de speerpunten dwang & drang, verlofmanagement en resultaatgerichtwerken.²⁷⁷

Gezien vanuit dwang & drang beweegt de kliniek zich op incidentniveau ofwel product- of activiteitsniveau. Op min of meer onvoorspelbare momenten doen zich incidenten voor

²⁷⁶ Robbins & DeCenzo 1995, p. 156.

²⁷⁷ Goossens & Oei 2012, p. 324, 327.

die in overleg en onder verantwoordelijkheid van de leidinggevende ad hoc opgepakt moeten worden. Voorbeelden van incidenten zijn automutilatie, fysiek geweld of dreiging naar een medewerker, een onttrekking en verstoring van de orde in een afdeling. De reguliere procesgang of het functioneren van het programma raakt verstoord of zelfs geblokkeerd. Een ernstige verstoring kan er de oorzaak van zijn dat een activiteit van het kritieke pad gestopt of niet opgestart kan worden, zoals de aanvraag van een machtiging. De interventies zijn gericht op preventie of het herstel van de samenwerking om de draad weer op te kunnen pakken.

Het verlofmanagement omvat de activiteiten gericht op het aanvragen van verlofmachtigingen, het bepalen van de vrijheden binnen de machtiging en het verlenen, plannen en realiseren van verloven. Daarbij zijn in dit proces het evalueren, eventueel intrekken, voorkomen van onttrekkingen, het systematisch inschatten van risico's en een voortdurende monitoring van de praktijk belangrijke activiteiten. Het verlofmanagement is erop gericht samen met de patiënt toe te werken naar een volgende verloffase en beweegt zich daarmee op procesniveau en bevat de knooppunten van het kritieke pad.

Het concept resultaatgerichtwerken heeft als doelstelling een beweging te maken van inspanningsverplichting naar resultaatverplichting. Er worden in het behandeltraject piketpaaltjes geslagen die centraal vastgesteld worden en op operationeel niveau niet verplaatst kunnen worden. Ook wordt er gebruik gemaakt van meetbare doelen en waar mogelijk wordt beleid en kennis structureel verwerkt in de behandelstructuur. Aangezien op basis van het beleid van FPC Oldenkotte de klinische behandeling binnen twee jaar moet plaatsvinden, kent de planning van de behandelplanbesprekingen een cyclus van twee maanden na opname, zes maanden na opname en een daarop volgende cyclus van zes maanden. Vastgelegde kennis leidt tot een systematische inzet van behandelmodules ten behoeve van meetbare doelen, wat het weer mogelijk maakt de kennis te toetsen. Het geheel van resultaatgerichtwerken vormt een systeem rond en is verweven met het verlofmanagement en ondersteunt daarmee waar mogelijk het kritieke pad.

Het terugbrengen van het aantal en de ernst van maatregelen draagt er wellicht aan bij dat het kritieke pad minimaal verstoord wordt. In het geval van het verlofmanagement kunnen interventies gezocht worden die direct een positief effect hebben op de duur van het proces. De optimalisatie kan gericht zijn op een activiteit als de interne verlofvoetsingscommissie die het hele verlofmanagement doorloopt, maar ook een onderdeel zijn van de individuele fasen geen verlof, begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof omdat deze opgeteld wat duur betreft gelijk zijn aan het kritieke pad. Andere activiteiten die normaal ook als primair proces gedefinieerd worden, worden in deze benadering vooral beoordeeld op basis van hun ondersteunende karakter aan het kritieke pad in de vorm van het verlofmanagement. De inrichting van de behandelplancycclus is dan belangrijk, maar ook het doorplaatsingsbeleid binnen de kliniek. Een vertraging in het module-aanbod leidt tot een latere oefening en toetsing van de behandeling aan de hand van verloven. Een efficiënte inzet van best practice modules zal het verlies aan tijd beperken. Een tijdige overgang naar een afdeling met meer vrijheden leidt onder andere tot een meer motiverende en stimulerende omgeving. Daarmee kunnen

interventies op basis van het resultaatgerichtwerken gezien worden als mogelijk effectief op systeemniveau.

FPC Oldenkotte kent tevens interventies die gericht zijn op de keten en het beleidsnetwerkniveau. Er zijn bijvoorbeeld contracten gesloten met onderaannemers om patiënten met transmuraal verlof op te nemen. Ook is met de ggz in de vorm van de eerder beoogde fusiepartner Dimence een gemeenschappelijke afdeling Forence opgericht om de regie over een groter deel van de keten te optimaliseren en daarmee de doorstroom naar de reguliere ggz te verbeteren. Met de reclassering zijn afspraken gemaakt over een tijdige insteek van de reclassering in de behandeling: het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT). Een hoofddoel van FPT is het bevorderen van de door- en uitstroom van terbeschikkinggestelden door de mogelijkheden op het gebied van toezicht, behandeling en begeleiding te vergroten.²⁷⁸

En onder anderen de staatssecretaris, de directeur-generaal, rechters, de verlofunit en media zijn in de kliniek uitgenodigd om een goede inkijk te krijgen. FPC Oldenkotte had daarbij tevens als doelstelling zo bij te dragen aan een betere afstemming in het beleidsnetwerk en een versterking van de geloofwaardigheid van de sector. In veel gevallen is er tijdens de bezoeken ook een overleg georganiseerd met een vertegenwoordiging van de patiëntenraad Oldenkotte (PRO).

Deze interventies zijn belangrijk en zullen ook in meer of mindere mate bijgedragen hebben aan een verkorting van de behandelduur of de geloofwaardigheid van de sector. Een beleidsinterventie in de kliniek op het vlak van het aanvragen van verlofmachtigingen dient bijvoorbeeld zorgvuldig gecommuniceerd te worden met de verlofunit. Tijdens het bezoek bleek dat een niet gecommuniceerde verandering in beleid van FPC Oldenkotte bij de beoordeling van de verlofaanvragen op patiëntniveau opgevat werd als een inconsistentie, één van de belangrijke criteria. Het effect van deze interventies is echter moeilijker meetbaar of valt in het geval van Forence buiten de onderzoeksperiode. Zij zijn daarom uit het onderzoek weggelaten.

Een recent initiatief van de sector was de Werkconferentie Recht & tbs.²⁷⁹ Aanwezig waren vertegenwoordigers van DForZo, de klinieken, officieren van justitie, rechters, advocaten, reclassering, verlofunit, AVT, NIFP, LAP en het EFP. Het terugbrengen van de behandelduur stond hoog op de agenda, evenals de thema's dilemma's tijdens de verlengingszitting en de longstay. Mede naar aanleiding van het beleid van FPC Oldenkotte is nagedacht over de prognose van de behandeling. Dit heeft ertoe geleid dat als een van de actiepunten is opgenomen vanaf 2015 in het verlengingsadvies een prognose af te geven van de uitstroom.

Wordt dwang & drang iets breder getrokken in de zin van de hantering van afwijkingen, dan leidt dit tot een driedeling op micro-, meso en macroniveau op basis waarvan achtereenvolgens de kansen op het niveau van afwijkingen, verlofmanagement en

²⁷⁸ Ministerie van Veiligheid en Justitie, Beleidskader Forensisch Psychiatrisch Toezicht (fpt), april 2011.

²⁷⁹ Werkconferentie Recht & TBS, vrijdag 8 november 2013, Lunteren.

resultaatgerichtwerken onderzocht worden om handvatten te vinden die kunnen helpen om tot de gewenste verkorting van de behandelduur te komen.

4.4 Samenvatting

De behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum is een complex proces. Om te komen tot een model dat de mogelijkheid biedt variabelen die van invloed kunnen zijn op de behandelduur te onderkennen en systematisch te benaderen ten behoeve van de optimalisering van de behandelduur zijn een aantal invalshoeken genomen. Eerst is gekeken naar de manier waarop de respectievelijke fasen volgens het INK-model zich tot elkaar verhouden, daarbij te zien als een beweging van micro- tot macroniveau. Vervolgens is per fase nagedacht over de vertaling naar een forensisch psychiatrisch centrum, waarbij FPC Oldenkotte als voorbeeld is genomen. Het behandelproces is daarna in een visueel model gegoten dat bestaat uit het proces/project in combinatie met een aantal programma's. Dit model gecombineerd met speerpunten van het beleid van FPC Oldenkotte heeft ten slotte geleid tot een afbakening en fasering op micro-, meso- en macroniveau. Hierbij zijn de grenzen zoals het INK-model hanteert tussen de fasen van de ontwikkeling enerzijds vertaald naar de werkelijkheid van de behandeling, maar daarbij ook enigszins verschoven. Op systeemniveau is het primair proces uitgesplitst in het kritieke pad op basis van het verlofmanagement en activiteiten van het primair proces die dit kritieke pad ondersteunen.

Hoofdstuk 5 Afwijkingen

De afwijkingen ten opzichte van de reguliere gang van zaken in het primaire proces bestaan vooral uit incidenten en de daar mogelijk aan gekoppelde maatregelen. Een incident kan leiden tot geen of een vrijheidsbeperkende maatregel. De incidenten en maatregelen zijn geclassificeerd en verwerkt in tabellen. Deze tabellen zijn opgenomen in MITS.²⁸⁰ Maatregelen worden standaard geregistreerd, incidenten indien er een maatregel aan gekoppeld is. Een belangrijke maatregel die niet expliciet als zodanig wordt geregistreerd, is de terugplaatsing naar een afdeling met minder vrijheden. De verschillende maatregelen zullen in meer of mindere mate effect hebben op de behandelduur. In dit hoofdstuk wordt op microniveau onderzocht welke factoren wellicht van invloed zijn op de behandelduur of de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling. Tevens wordt nagegaan in welke mate ze beïnvloedbaar zijn en kunnen bijdragen aan de optimalisatie van de behandelduur.

5.1 Oriëntatie

Ernstiger incidenten en maatregelen in een forensisch psychiatrisch centrum kennen landelijk vastgestelde definities. Deze definities zijn afgestemd op de wetgeving. Maar het intrekken van bijvoorbeeld een begeleid verlof is niet in de landelijke tabellen opgenomen, evenals het ter afkoeling even naar de kamer sturen. Deze maatregelen worden niet in de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden genoemd. In deze paragraaf wordt ingegaan op de relatie tussen de wetgeving en afwijkingen, met daarbij aandacht voor de onderverdeling in ernst, bevoegdheden en gronden tot het nemen van een maatregel. Vervolgens komt de hantering van de incidenten en maatregelen op basis van de praktijk in de bereikbaarheidsdienst aan de orde, waarna de mogelijke beleidsruimte aan de orde komt.

5.1.1 Incidenten en maatregelen en de wet

De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) regelt de rechtspositie van de terbeschikkinggestelde. In het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) worden regels gesteld omtrent de tenuitvoerlegging van de maatregel terbeschikkingstelling en de verpleging van terbeschikkinggestelden en overige verpleegdenstrafrechtstoepassing. Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden onderscheidt incidenten van de categorie bijzondere voorvallen en de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden maatregelen in de categorie voorbehouden maatregelen. De bijzondere voorvallen bestaan uit ongeoorloofde afwezigheid en andere zoals natuurlijke dood of suïcide. Zij dienen volgens een vast protocol gemeld te

²⁸⁰ Bij de invoer kan op basis van sectorbreed ontwikkelde tabellen het betreffende incident of maatregel geselecteerd en ingevoerd worden. De rechtspositie van de patiënt is aan de maatregel gekoppeld.

worden.²⁸¹ De voorbehouden maatregelen betreffen de zwaardere zoals plaatsing in een afdeling voor intensieve zorg en separatie. Deze maatregelen vallen onder de directe bevoegdheid van het hoofd van de inrichting. Deze bevoegdheid wordt in de praktijk op basis van een machtiging van de raad van toezicht gedelegeerd aan de hoofden behandeling en kan in het geval van separatie voor ten hoogste 15 uren aan leidinggevenden lager in de lijn gedelegeerd worden.²⁸² Andere maatregelen als afzondering en het intrekken van vrijheden buiten de afdeling kunnen aan leidinggevenden lager in de lijn gedelegeerd worden, zoals de afdelingsleiding en de avondhoofden. De rechtspositie regelt de rechten en plichten van de patiënt, in de kliniek vertaald en binnen de kaders uitgewerkt in de huisregels.²⁸³

Als noodzakelijke reden voor de genoemde vrijheidsbeperkende maatregelen geldt zoals eerder in paragraaf 4.2.1 weergegeven: “a. de bescherming van de maatschappij tegen gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid voor personen of goederen; b. de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting; c. de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde.”²⁸⁴ De bescherming van slachtoffers wordt specifiek genoemd als grond voor toezicht op poststukken.²⁸⁵ Bij het nemen van een voorbehouden maatregel is het standaard (uitgezonderd in geval van overmacht) dat de patiënt gehoord moet worden voor het besluit genomen mag worden waarna de patiënt ook een kennisgeving van de beklagwaardige maatregel krijgt waarin de maatregel en de reden daartoe vermeld staan. Bij andere maatregelen verschilt dit per soort.

5.1.2 Signalering van incidenten en maatregelen

De bereikbaarheidsdienst (BD, zie bijlage II) kent een rooster van 24 uur per dag. In de kliniek is van half acht ‘s morgens tot half elf ‘s avonds altijd een teamleider sociotherapie in de rol van dienstdoende manager (DDM) aanwezig of een speciaal daartoe benoemde medewerker. Deze leidinggevende vormt de eerste lijn in de bereikbaarheidsdienst. De tweede lijn bestaat uit een hoofd behandeling en een psychiater (is het hoofd behandeling een psychiater dan zijn de verantwoordelijkheden in één persoon samengevoegd). De derde lijn wordt gevormd door de directie. In de kliniek wordt de eerste lijn indien nodig en bij alarm ondersteund door één sociotherapeut per afdeling (‘s nachts minder), een medewerker van de receptie & beveiliging op basis van hun verantwoordelijkheid als bedrijfshulpverlener en een verpleegkundige van de 24 uur per dag aanwezige medische dienst.

In het geval van een incident neemt de sociotherapie van de afdeling contact op met de DDM. Deze bepaalt in overleg met de sociotherapie hoe het incident verder op te pakken.

²⁸¹ Art. 23 Rvt; art. 24 Rvt; B-4, Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden, in handboek Rechtspositie TBS-gestelden, Den Haag: Sdu 2006.

²⁸² Art. 6 lid 4 Bvt; art. 7 lid 4, 5 Bvt.

²⁸³ Art. 7 lid 2 Bvt; B-2, Model huisregels justitiële tbs-inrichtingen, in handboek Rechtspositie TBS-gestelden, Den Haag: Sdu 2006.

²⁸⁴ Art. 32 lid 1 Bvt.

²⁸⁵ Art. 35 lid 3sub d Bvt.

Komen ze tot de conclusie dat een maatregel genomen moet worden, dan zal de DDM'er een voorstel doen aan het hoofd behandeling in de bereikbaarheidsdienst. In het kader van de besluitvorming zijn een vijftal uitgangsprincipes geformuleerd: subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid, respectbeginsel en autonomiebeginsel. Een enkele keer is het incident zo ernstig en gevaarlijk dat het overleg pas achteraf plaats kan vinden. De sociotherapie sluit bijvoorbeeld een patiënt dan alvast in of maakt alarm met zijn of haar draagbare alarmdrukker.²⁸⁶

In het geval van alarm rent of stept (bij een incident buiten de kliniek op het terrein) de DDM met de hierboven genoemde ondersteuning met hoge spoed naar de locatie waar het incident zich heeft voorgedaan. Displays op de telefoon en op strategische plaatsen in de kliniek geven deze locatie aan. Naast de sociotherapie heeft iedere medewerker in de kliniek een alarmdrukker. In de praktijk is het aantal keren dat door een niet-sociotherapeut alarm wordt gemaakt te verwaarlozen. Hierbij speelt het interne vrijhedenbeleid een belangrijke rol. In het geval de inschatting is dat het niet verantwoord is een patiënt de afdeling af te laten gaan is het mogelijk de maatregel afdelingsarrest op te leggen of eventuele vrijheden buiten de afdeling begeleid te doen plaatsvinden. Tevens mag verondersteld worden dat een patiënt die in een slechte psychische conditie verkeerd eerder zal weigeren aan zijn dagprogramma deel te nemen.

5.1.3 Discretionaire ruimte bij het nemen van maatregelen

De wet is niet specifiek over wanneer wel of geen maatregel toegepast wordt. De geschiedenis van de beleidskeuzes in FPC Oldenkotte toont dat aan. Van de wet afgeleid beleid dient wel in de huisregels te staan. Het stelselmatig separeren van een patiënt na een onttrekking, na alcohol- of drugsgebruik, na fysiek geweld of vernieling in de afdeling is afgeschaft. Ook leidde een psychotische toestand of de neiging tot automutilatie niet meer automatisch tot separatie. Minder zware maatregelen zoals afzondering, afdelingsarrest, beperking van vrijheden, het schrijven van een gedragsanalyse al of niet in combinatie met een maatregel en specifieke aandacht op basis van in de vroegsignalering opgenomen interventies waren het alternatief. Ook kreeg een patiënt in de separeer niet meer een behandeling aangeboden in de vorm van een stappenplan hoe te werken aan terugkeer naar de afdeling. De patiënt verblijft daar tot de crisis voorbij is en de inschatting is gemaakt dat terugkeer naar de afdeling verantwoord is. De praktijk op basis van het verschillende beleid is echter in de loop der jaren in het geval van beklag aan dezelfde wetgeving getoetst door de Commissie van Toezicht en in het geval van hoger beroep door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ).

5.2 Afwijkingen en sturing

Om te kunnen sturen is managementinformatie nodig, in dit geval gericht op afwijkingen en na te streven ontwikkelingen in het primaire proces. Waar mogelijk zijn de kengetallen

²⁸⁶ Nota voorbehouden beslissingen, Over het nemen van een aantal voorbehouden beslissingen in het kader van de Beginselenwet voor verpleging van terbeschikkinggestelden in Oldenkotte, centrum voor forensische psychiatrische zorg, Rekken, december 2004.

gekoppeld aan doelscores. Vanaf 2008 heb ik bij de ontwikkeling van de managementinformatie (zie bijlage VII) voortgeborduurd op overzichten van de maatregelen separatie en afzondering die ik eerder als hoofd informatiebeheer had ontwikkeld, en dit gecombineerd met de planning en control cyclus van DForZo. Vervolgens zijn overzichten en kengetallen van het verlofmanagement aan de managementinformatie toegevoegd, onder andere gericht op indicatoren die iets over de behandelduur zeggen. In de volgende paragrafen wordt onderzocht of het mogelijk is het aantal en de zwaarte van de maatregelen te beïnvloeden, hoe ze te meten en te registreren. Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan de kwaliteit van de registratie.

5.2.1 Maatregelen en dynamiek

Het aantal maatregelen en de ernst daarvan kan beïnvloed worden door het aantal incidenten naar beneden te brengen met bijvoorbeeld vroegsignalering of de bejegening te verbeteren en door zoals hierboven is genoemd na een incident te kiezen voor een lichtere maatregel of anders met de maatregel om te gaan. Vroegsignalering bestaat uit een deel waarin de vroege voortekenen van een crisis beschreven worden en een deel waarin staat wat het best gedaan kan worden als de crisis dreigt. Samenwerking tussen patiënt en staf is de basis, zo mogelijk ook met het netwerk van de patiënt, evenals een voortdurend onderhoud. Voor de bejegening betekent het dat expliciet een positief waarderende bejegening vereist is. Uiteindelijk is de doelstelling van vroegsignalering het terugbrengen van het delict risico door het verminderen van risicovolle situaties.²⁸⁷

Dat de beïnvloedbaarheid en de mogelijke dynamiek groot is, toont het verloop van het gebruik van de separeer per jaar aan (zie grafiek 7, par. 5.3.1). Het gebruik van de separeer is gerelateerd aan een bezetting van 100 patiënten, dit om de ontwikkelingen goed met elkaar te kunnen vergelijken. De patiënten met proefverlof zijn hierin wel meegeteld indien er sprake was van een maatregel, echter niet in de herleiding tot de 100 patiënten. Het effect is echter verwaarloosbaar. Er zijn grote fluctuaties in de loop der jaren, al of niet het gevolg van een ingezet beleid.

5.2.2 Meetbaarheid effect interventies

In het geval van een zorgvuldige professionalisering van de behandeling mag verondersteld worden dat het aantal maatregelen of de ernst daarvan globaal een dalende trend kent. De professional is dan steeds beter in staat samen met de patiënt(en) het behandel- en leefklimaat vorm te geven. Een balans tussen structuur (veiligheid) en flexibiliteit resulteert in een minder repressief gedrag van de sociotherapie. De stabilisatie van opgesloten patiënten vereist een klimaat dat gekenmerkt wordt door veiligheid en structuur in de leefgroep. Maar aan de andere kant veroorzaakt te veel veiligheid en structuur repressie en een (emotionele) reactie om rechtstreeks tegen de regels in te gaan. Het hanteren van deze

²⁸⁷ Flutters & Van Meijel, *Forensische Richtlijn. Vroegsignalering bij Tbs-gestelden ter vermindering van risico situaties*, versie mei 2008.

dunne lijn is een van de zwaarste taken van de sociotherapie en is vaak moeilijk te begrijpen, speciaal tijdens ernstige incidenten.²⁸⁸

In FPC Oldenkotte is om tot een kliniekbrede kwaliteitsslag te komen, afgeleid van mensvisie, grondhouding en behandelvisie naast de behandeling het forensische leefklimaat beschreven (januari 2012). Dit klimaat is nader uitgewerkt voor de disciplines die het vooral vormgeven: de sociotherapie, de dagbesteding en de receptie en beveiliging die daarbij actief ondersteunt. Enige stijging in het aantal maatregelen kan gezien de beperkte omvang van de populatie veroorzaakt worden door de aanwezigheid van een patiënt die langdurig in een crisistoestand verkeert. In het extreme geval dat een patiënt in totaal in een jaar drie maanden is gesepareerd levert dat een stijging op van ongeveer 0,25 op de indicator. Het separatieverloop kent echter twee grote pieken.

Tussen 1996 en 2000 en tussen 2006 en 2008 is er sprake van een verdubbeling of een stijging die het dubbele benadert. Deze pieken tonen aan dat er andere belangrijke factoren mee kunnen spelen bij de ontwikkeling van het aantal en de ernst van de maatregelen. Deze pieken vallen samen met een leiderschapscrisis in de kliniek, waarbij het feit dat in die jaren de leden van de raad van bestuur uit hun functie zijn gezet de ernst aangeeft. Die jaren was sprake van een crisis met ernstige consequenties als een zeer hoog ziekteverzuim onder het personeel en zoals de pieken aantonen een slecht leef- en werkklimaat voor de patiënten. Daarbij hebben de beide crises ook geleid tot het vertrek van leidinggevendenden in de behandeling en daarmee ook van expertise die niet in korte tijd weer op te bouwen was.

Ook minder ernstige leefklimaatverschillen, maar ook groei en krimp zullen effect hebben. De waarde van interventies is daarom moeilijk een concreet gewicht toe te kennen, er is geen sprake van een laboratoriumsituatie, voorzichtigheid is geboden. Trends zijn gezien het verloop van de gemiddelde bezetting van de separeer echter duidelijk te herkennen.

5.2.3 Registratie incidenten en maatregelen

Het landelijk informatiesysteem voor de terbeschikkingstelling MITS kent voor de incidenten en maatregelen landelijk vastgestelde tabellen. Dit informatiesysteem vervult voor de forensisch psychiatrische centra de rol van Argus zoals dat voor de ggz de standaard is.²⁸⁹ Deze tabellen kunnen per kliniek in verder hiervan afgeleide tabellen uitgesplitst worden. Hoe de tabel ook wordt uitgesplitst, de communicatie naar de centrale database van DForZo zal altijd op basis van de landelijke tabel verlopen. Naar behoefte kunnen de tabellen ook lokaal worden uitgebreid met items die op basis van het convenant tussen DForZo en de forensisch psychiatrische centra niet centraal verzameld hoeven te worden.

²⁸⁸ Helm & Stams 2012, p.559.

²⁸⁹ Argus is een gegevensset voor vrijheidsbeperkende interventies. Met Argus kan een eenduidige registratie plaatsvinden van de meest toegepaste vormen van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

5.2.4 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie

In de praktijk liet de betrouwbaarheid van de invoer op een aantal punten te wensen over. In FPC Oldenkotte registreerde de sociotherapie de incidenten en de maatregelen. Het hoofd behandeling diende de maatregelen dan vanuit een gegenereerde actielijst goed te keuren en vervolgens toestemming te verlenen voor de verzending van de data over de lijn naar de centrale database van DForZo. Het kwam echter voor dat incidenten of maatregelen niet geregistreerd werden of op inhoud getoetst.

Ook was voor de behandelaars het classificeren van een incident soms een probleem. Een voor de afdeling erg vervelende situatie, bijvoorbeeld het bonken van een patiënt op de deur van zijn of haar kamer, werd soms als een ernstige ordeverstoring geregistreerd, terwijl er volgens de definitie in dat geval sprake moest zijn van een incident op het niveau van een werkstaking. Maar voor het gevoel van de sociotherapeut was het een echte ordeverstoring, het leefklimaat van de patiëntengroep werd aangetast.

Het monitoren en waar nodig corrigeren van de registratie was om reden van een zorgvuldige vastlegging van de behandelhistorie van een patiënt en het ter zake te kunnen sturen op ontwikkelingen essentieel. De inspanningen vanuit de ondersteunende diensten waren hierbij vooral gericht op de zwaardere maatregelen als separatie en afzondering en de daaraan gekoppelde incidenten. De data waarop de hieronder weergegeven overzichten op het gebied van separaties zijn gebaseerd, zijn gecontroleerd aan de hand van de dagelijkse rapportage ten behoeve van de bereikbaarheidsdienst.

Overzichten in het Management Informatie Portaal (MIP) van DForZo, gegenereerd uit de centrale database van MITS, laten grote niet uit te leggen verschillen zien tussen de diverse klinieken. De werkgroep 'harmonisatie Mitsincidenten' heeft in 2011 namens het LBHIV in afstemming met DForZo de definities aangescherpt en voorstellen gedaan. Wegens afhankelijkheden met de andere DJI sectoren Jeugd en Gevangeniswezen bleek het echter te complex de voorstellen te formaliseren en in de informatiesystemen te verwerken. Een belangrijk aandachtspunt was het spanningsveld bij incidentensoorten die twee definities kennen, zowel in het kader van een melding bijzonder voorval als in het kader van de handleiding DForZo ten behoeve van het jaarverslag. Een voorbeeld hiervan is fysiek geweld. Voor het jaarverslag wordt elk fysiek geweld gevraagd, in het geval van een bijzonder voorval slechts die incidenten waarbij sprake is van ernstig lichamelijk letsel. Er is door het overleg echter wel enige verbetering opgetreden. FPC Oldenkotte neemt in de overzichten van MIP, zoals in eerdere jaren vanwege de laagdrempelige registratie, bijvoorbeeld niet meer ongeveer 60% van de geweldsincidenten voor haar rekening maar slechts 2%. De bijdrage van andere klinieken varieert van 39% tot 0%. Het geregistreerde totaal van 89 geweldsincidenten waarbij sprake is van ernstig lichamelijk letsel is niet realistisch. Betrouwbaar zijn de landelijke overzichten als het gaat om de incidenten daarom nog niet. Een bijzonder voorbeeld is het feit dat het aantal onttrekkingen volgens

DForZo gemeten over 2012 uitkomt op 56, terwijl MIP op basis van de registratie van de klinieken niet verder komt dan 43.²⁹⁰ Het MIP kent geen maatregelenoverzichten.

5.3 Meting aan de afwijkingen

In de volgende paragrafen worden verschillende afwijkingen binnen het primaire proces en hun trends in kaart gebracht. Om hun betekenis voor de behandelduur zo helder mogelijk te krijgen worden ze vanuit verschillende hoeken benaderd, bijvoorbeeld per type patiënt, en zo mogelijk in relatie tot een interventie. Ook komt de betekenis van de risicotaxatie aan bod.

5.3.1 Separaties

Na de crisis die FPC Oldenkotte kende in 2007/2008 is in samenwerking met DForZo uit het jaarplan 2009 een tiental doelstellingen gelicht waaraan een bedrag van twee miljoen euro is gekoppeld in het geval alle doelstellingen gehaald zouden worden (zie par. 2.2). Per doelstelling konden punten gehaald worden. Indien minder dan 90 van de 100 punten gehaald werden, leverde dat een korting op van een half miljoen, daarna bouwde de bonus stapsgewijs verder af. Eén van de doelstellingen was het terugbrengen van het gemiddelde gebruik per jaar van de separeer met minimaal 25% naar 1,0 (verrekend naar een bezetting van 100 patiënten). Deze norm was eerder in het jaarplan 2009 als tussenstap vastgelegd met het doel in 2010 in ieder geval uit te komen op 0,71, het niveau van voor de crisis (zie grafiek 7, 2006).²⁹¹

Een belangrijke aanleiding voor de crisis was de reorganisatie per 1 januari 2007. Vanaf dat moment waren de hoofden behandeling integraal verantwoordelijk voor de behandelteams, met de bedoeling het primaat van de behandeling te versterken en repressie te verminderen. De functie van operationeel manager werd opgeheven en in plaats daarvan werd een meewerkend eerste sociotherapeut per afdeling aangesteld. Het nemen van de integrale verantwoordelijkheid is niet gelukt.²⁹² Het ziekteverzuim steeg in de sociotherapie tot 12,5% en als het separeergebruik als een indicatie voor repressie genomen mag worden, is deze juist gestegen. Medio 2008 is een interim-directeur aangesteld die terstond na zijn aanstelling per afdeling weer een teamleider benoemde. De crisis heeft tot een extreme stijging van het separeergebruik geleid, het herstel van de leiding op de afdeling heeft aan de kentering bijgedragen (zie tabel 9, grafiek 7).

De piek van het separeergebruik in 1999 en 2000 was verbonden met een eerdere crisis. Naar aanleiding van extern onderzoek werden kritiekpunten als gebrekkige en informele communicatie, ontkenning van de moeilijke situatie, disciplinestrijd, hoog angstniveau, splitting en fragmentatie en een grote weerstand tegen verandering genoemd.²⁹³

²⁹⁰ Forensische Zorg in getal 2008 - 2012 | mei 2013, p. 23.

²⁹¹ Brief Staatssecretaris van Justitie, Stimuleringsafspraken/Rapportage IST/Functieprofiel, 29 december 2008.

²⁹² Inspectie voor de Sanctietoepassing 2011, p. 13.

²⁹³ Inspectie voor de gezondheidszorg 2003, p. 18.

Gezien de historie van het separeergebruik was de norm van 1,0 een realistische doelstelling. Een enkele patiënt kan echter vanwege de geringe populatie een grote invloed uitoefenen. Eén patiënte weigerde het derde kwartaal 2009 uit de separeer terug te keren naar haar kamer en organiseerde dit onder andere door sociotherapeuten te slaan. Veertien separaties hadden tot en met augustus in dat jaar tot een verblijf van 110 dagen in de separeer geleid (Bron: MITS, managementinformatie augustus 2009). Op dat moment was het beleid dat een patiënt die geweld naar een medepatiënt of personeelslid gebruikt standaard overgebracht wordt naar de separeer. Zonder beleidswijziging zou dit leiden tot een te hoog kengetal en wellicht een verlies van een half miljoen. Er werd in eerste instantie ingezet op een overplaatsing naar een andere kliniek omdat de negatieve spiraal niet te doorbreken leek.

Tijdens een zorgconferentie rond de patiënte begin september is echter een op een uitgebreide analyse van het behandelverloop gebaseerde andere aanpak voorgesteld.²⁹⁴ Er is dan eerst weerstand vanwege de angst voor precedentwerking. Na ampel overleg is er toch voor gekozen de separeer als haar kamer in te richten, haar de ruimte te geven indien ze dat zou willen naar haar kamer op de afdeling te gaan en haar een keycard te geven om haar behandel- en dagprogramma te kunnen volgen en dit in combinatie met een andere bejegening, ook bij een mogelijk incident. Hierdoor kon de toen lopende separatie opgeheven worden. De laatste separatie bracht het totaal op vijftien separaties en een verblijf van 118 verpleegdagen in de separeer (Bron: MITS, managementinformatie december 2009). Er zijn dat jaar vervolgens slechts drie kleinere incidenten gerapporteerd (MITS).

²⁹⁴ A.Goosensen, Ideeën, 30 augustus 2009.

Tabel 9: Verzamelstaat van kengetallen rond het separeergebruik in FPC Oldenkotte: Het aantal separaties, de totale duur van de separaties, aantal separaties langer dan 9 dagen, aantal gesepareerde patiënten en het gemiddelde aantal separaties per patiënt.

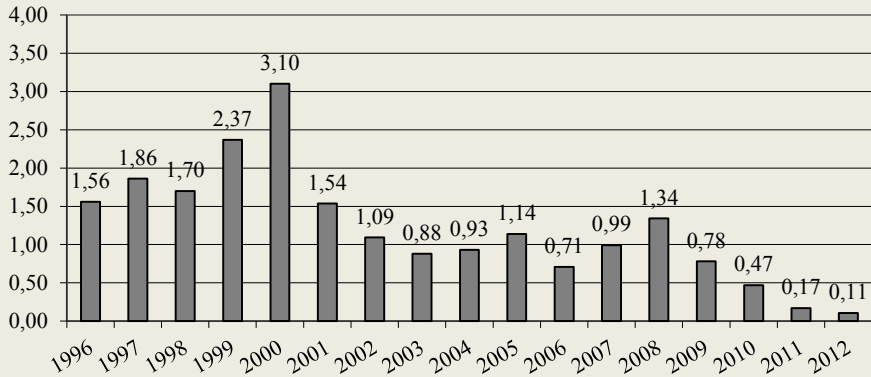
jaar	aantal sp	totaal dgn	gem duur	> 9 dgn	aant ptn	sp per pt
2002	162	468	2,9	7	35	4,6
2003	115	375	3,3	6	36	3,2
2004	155	398	2,6	4	35	4,4
2005	167	509	3,0	3	42	4,0
2006	119	336	2,8	2	42	2,8
2007	150	513	3,4	10	52	2,9
2008	180	716	4,0	18	57	3,2
2009	113	380	3,4	6	25	4,5
2010	91	233	2,6	4	30	3,0
2011	31	72,2	2,3	1	20	1,6
2012	26	46,1	1,8	0	17	1,5

Bron: MITS

Deze nog enigszins provisorische interventie is de aanzet geweest tot de ontwikkeling van de veilige kamer. Een andere aanleiding voor de ontwikkeling van de veilige kamer was het gebruik door een aantal afdelingen van de afdelingssepareer als prikkelarme kamer. Het verblijf in de afdelingssepareer werd dan als een vorm van afzondering beschouwd. Gezien de bouw en inrichting van de afdelingssepareers was dit echter in strijd met de rechtspositie.²⁹⁵

²⁹⁵ Bron: A. Goosensen, T. Caglayan.

Grafiek 7: Gemiddelde bezetting van de separeer per jaar, gerelateerd aan een populatie van 100 patiënten (FPC Oldenkotte)



Bron: Notulen ochtendbespreking FPC Oldenkotte, MITS (vanaf 2002)

Na oriëntatie bij een bedrijf dat gespecialiseerd was in maatoplossingen voor verstandelijk gehandicapten- en psychogeriatrische zorg, medische kinderdagverblijven en (kinder-) ziekenhuizen zijn met de nodige vertraging de separeers van de afdelingen waar de meer kwetsbare patiënten verbleven omgebouwd tot kamers met veilige wanden en meubilair.²⁹⁶ In deze kamers was het ook mogelijk om bijvoorbeeld televisie te kijken of in een fauteuil een boek te lezen. De kamers waren tevens voor de patiënten op vrijwillige basis in het kader van preventie beschikbaar. In het geval een patiënt in een veilige kamer werd geplaatst gold dit als afzondering en niet als separatie. Dit betekende onder andere dat een patiënt in een veilige kamer binnen de normale regelgeving ook bezoek kon ontvangen of kon telefoneren.²⁹⁷ De eerste veilige kamers zijn eind 2011 ingericht.²⁹⁸ Door te variëren met de inrichting werd het ook mogelijk de kamers in te stellen op het voor de patiënt geïndiceerde prikkelniveau, dit in tegenstelling tot de per definitie prikkelarme omgeving van de afdelingssepareer. Uiteindelijk zijn ook vier van de zeven separeers uit het centrale blok omgebouwd tot veilige kamer. Gezien het reeds lage separatieniveau zijn deze kamers vooral gebruikt voor de verpleging van crisisopnames van collega-instellingen vanuit de reguliere ggz.

²⁹⁶ Bron: A. Goossens, M. Moes.

²⁹⁷ B-3, Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden, in handboek Rechtspositie TBS-gestelden, Den Haag: Sdu 2006.

²⁹⁸ De stichting 'Vrienden van Oldenkotte' heeft in verband met het innovatieve karakter en het feit dat het plan niet binnen de begroting paste aan de verbouwing bijgedragen.

Vanwege de complexe dynamiek is het niet mogelijk de verschillende interventies een concreet gewicht toe te kennen in relatie tot de ontwikkelingen. Een belangrijke beleidskeuze is echter geweest patiënten na geweld of een ernstige bedreiging tegen een medepatiënt of een personeelslid niet meer automatisch te separeren. De bewustwording van het traumatiserende effect van een separatie heeft belangrijk bijgedragen aan een positieve houding van de medewerkers en het streven naar een verder terugdringen van dwang en drang. De verplichte periodieke training Controle en Fysieke Beheersingsmethode (CFB), later de Training Agressiehantering en Sociale veiligheid (TAS), heeft daaraan bijgedragen.²⁹⁹ Ook is het concept vroegsignalering ingevoerd waarbij samen met de patiënt erop ingezet wordt tijdig signalen van afglijden op te vangen en daar adequaat op te reageren (zie par. 5.2.1). Elk jaar is de doelstelling in de achtereenvolgende jaarplannen voorzichtig aangescherpt, voorzichtig omdat de realisatie van het afgelopen jaar als doelstelling werd genomen, en vervolgens ruim gehaald.

De ontwikkelingen zijn vanaf 2008 vanuit verschillende hoeken en tot op patiëntniveau gevolgd in de maandelijkse patiëntgerelateerde managementinformatie. Doorsneden en trends op het vlak van aantal separaties, de gemiddelde duur, het totaal aantal dagen, verdeling man – vrouw, het totaal aantal dagen per patiënt, het aantal separaties per patiënt gesorteerd op het aantal dagen zijn maandelijks ten behoeve van de verschillende gremia verspreid in de kliniek, maar ook naar de commissie van toezicht en de raad van toezicht (zie bijlage VII).³⁰⁰

Een projectvoorstel dwang & drang dat de opzet kende toe te werken naar een situatie waarin een speciaal team de patiënten, die in een veilige kamer of een separeer opgenomen zouden worden, op basis van een op maat gesneden dagprogramma zou gaan begeleiden is na het bekend worden van de voorgenomen sluiting van FPC Oldenkotte niet uitgevoerd.³⁰¹ Dit programma was niet alleen gericht op het ondertussen sterk gedaalde aantal terbeschikkinggestelden dat in een separeer of veilige kamer werd geplaatst, maar ook op patiënten van collega-instellingen vanuit de reguliere ggz die in een ernstige crisis verkeerden of in staat waren gebleken een team te ontwrichten.

De continuïteit in het team kon direct na de vorming vanwege het bekend worden van de sluiting al niet meer gegarandeerd worden. Het succes en het ondertussen mede daardoor sterk verbeterde behandelklimaat leidden ertoe dat er voor de plannen een opvallend breed draagvlak was onder de sociotherapie en het team receptie en beveiliging. Dit draagvlak bleek onder andere uit het feit dat er meer sollicitanten dan vacatures waren en de wens de patiënten in plaats van bedoelde vijf uur dagprogramma direct al acht uur aan te bieden. Een bijzondere indicatie voor het verbeterde integrale behandelklimaat in de kliniek was dat ook het team van de receptie en beveiliging langzamerhand ook taken, in eerste instantie vooral gericht op de verzorging, tijdens separaties op zich nam.³⁰²

²⁹⁹ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2011, p. 18.

³⁰⁰ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2012, par. 4.1

³⁰¹ A. Goosensen, Terugdringen dwang en drang 2012, Projecttitel 'Get up'.

³⁰² Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2013, par. 4.1.

Tabel 10: Aantal separaties onderverdeeld naar duur in dagen (FPC Oldenkotte)

Separatie in dagen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥ 10	totaal
2009	49	24	16	2	5	5	3	2	1	6	113
2010	52	15	5	4	2	5	1	2	1	4	91
2011	15	4	4	5			2			1	31
2012	16	4	2	2		1	1				26

Bron: MITS

In het kader van de behandelduur is het van belang dat patiënten niet in een negatieve spiraal terechtkomen en bijvoorbeeld vervolgens overgeplaatst worden naar een andere kliniek voor een nieuwe behandelopgave. Zoals verwacht mag worden op basis van de hierboven beschreven ontwikkeling is gedurende de onderzoeksperiode niet alleen het aantal separaties maar ook de duur daarvan gedaald (zie tabel 10).

5.3.2 Separaties en een negatieve spiraal

Om zicht te krijgen op het risico van een negatieve spiraal in de ontwikkeling van een patiënt vanwege separatie is gekeken naar patiënten die in een kalenderjaar drie keer of vaker zijn gesepareerd (zie tabel 11). Een overplaatsing naar een andere kliniek is als indicatie genomen van een niet meer te doorbreken negatieve spiraal. Vanwege het feit dat bij de bepaling van de gemiddelde behandelduur uitgegaan wordt van de behandelduur van de patiëntencategorie eerste opnames, is in de tabel ook aangegeven of de patiënt al of niet tot deze categorie behoort of in FPC Oldenkotte geplaatst is na een eerdere behandeling in een ander forensisch psychiatrisch centrum.

Een grijze cel geeft aan of en in welk jaar een patiënt van deze groep overgeplaatst is naar een andere kliniek. Acht van de twaalf patiënten die aan het criterium van eerste opname voldoen zijn uiteindelijk overgeplaatst naar een andere kliniek voor een tweede behandelopgave. Een negende is uiteindelijk uitgeplaatst na de beëindiging van de terbeschikkingstelling in combinatie met een rechterlijke machtiging. Ook in haar geval was sprake van een negatieve spiraal, die zich onder andere uitte in suïcidegeste waarbij zij grote risico's nam. Vanwege de problematische situatie is de patiënte na de beëindiging nog zeven maanden in de kliniek verpleegd waarna zij is overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis. Daar heeft zij zich gesuïcideerd. Drie patiënten lijken niet in een negatieve spiraal terecht te zijn gekomen.

In het verleden is vaak het verband genoemd tussen separeren en het vallen van de blaadjes. Een historisch overzicht waarin separaties en afzonderingen bij elkaar zijn opgeteld, lijkt deze veronderstelling in ieder geval voor wat betreft het ritme te ondersteunen (zie grafiek 8).³⁰³ In de loop van de tweede helft van het jaar doet zich consequent een piek voor. Hoewel de vraag gesteld is, is het in die tijd niet gekomen tot een analyse van dit fenomeen.

Tabel 11: Aantal separaties en actuele kliniek na overplaatsing of juridische status van patiënten die in één jaar drie maal of vaker zijn gesepareerd (FPC Oldenkotte medio 2014)

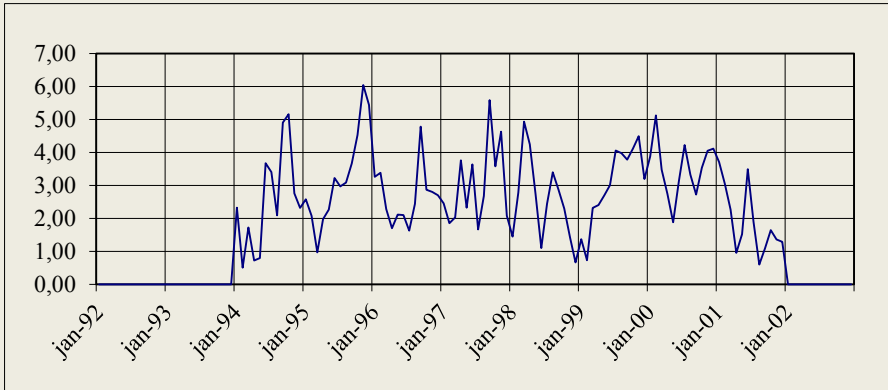
1 ^e Opname	2009	2010	2011	2012	Medio 2014
ja	11				Mesdag
ja	3	3			Woenselse Poort
ja	21	16			Oostvaarders
ja	5		1		Veldzicht
ja	18	14	2		Woenselse Poort
ja	18				Einde tbs, Rm
nee	15	1			Veldzicht
ja		3			Oldenkotte
nee	1	3			Voorw. einde tbs
ja		6			Oldenkotte
ja		4	4		Veldzicht
ja		4		3	Kijvelanden
ja	2	5	4		Mesdag
nee	1	4			Oldenkotte
ja			2	6	Oldenkotte
Aantal patiënten	10	11	5	2	
Aantal separaties	95	63	13	9	

Bron: MITS

In de meer recente historie is dit ritme echter niet meer terug te vinden. Het patroon van het aantal separaties per maand vanaf 2008 laat dat zien, hoewel het jaar 2008 nog een piek kent in augustus en september (zie grafiek 9). Er zijn fluctuaties, zelfs die langer dan een maand duren, maar niet stelselmatig gekoppeld aan een seizoen.

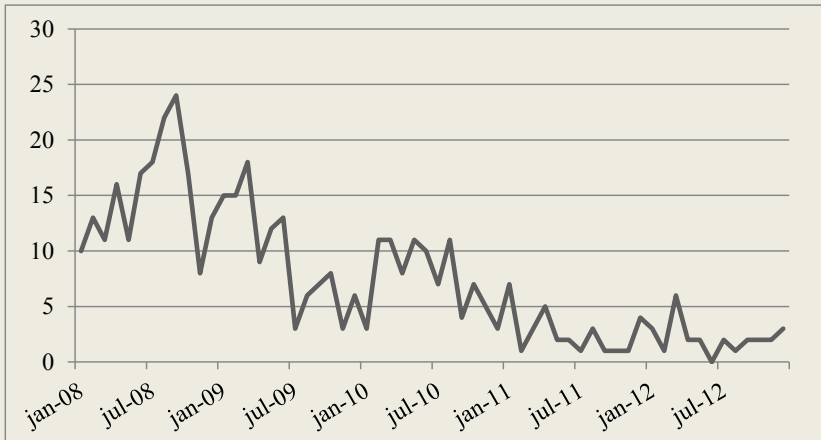
³⁰³ A. Goosensen, tot de invoering van MITS in 1999 samengesteld op basis van de in de notulen van de dagelijkse ochtendbespreking (voorzitter bereikbaarheidsdienst, deelnemers waren vertegenwoordigers van alle afdelingen en disciplines, notulist medewerker patiëntenregistratie) vastgelegde maatregelen. De informatie van MITS is getoetst aan de notulen van de ochtendbesprekingen.

Grafiek 8: Gemiddelde bezetting van de separeer en afzondering per maand, gerelateerd aan een bezetting van 100 patiënten (FPC Oldenkotte)



Bron: Notulen vande ochtendbespreking

Grafiek 9: Aantal separaties per maand vanaf 2008 tot en met 2012 (FPC Oldenkotte)



Bron: MITS

5.3.3 Gedwongen toedienen van medicatie

Het gedwongen toedienen van medicatie kan pas plaatsvinden na een zorgvuldige procedure. Volgens artikel 26 lid 1 Beginselenwet verpleging terbeschikkinggesteld moet de handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk zijn ter afwending van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen. Over de periode 2009 tot en met 2012 werd elf maal medicatie gedwongen toegediend, niet in 2009, driemaal in zowel 2010 als 2011 en vijfmaal in 2012. Het wordt in totaal acht patiënten (Bron: MITS). Eén van deze patiënten behoort ook tot de groep die in een kalenderjaar driemaal of vaker is gesepareerd en is overplaatst naar een andere kliniek. De maatregel vond in de praktijk plaats in combinatie met een vrijheidsbeperkende maatregel, vooral separatie en afzondering. Er is slechts één uitzondering. Een aantal separaties vond plaats op basis van de inschatting dat er anders een gevaarlijke situatie kon ontstaan bij het toedienen van de medicatie. In de Staatscourant van 19 maart 2013 is het besluit van 8 maart 2013 bekend gemaakt, met daarin de wijziging van het Reglement verpleging terbeschikkinggesteld in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten. Mogelijk dat daardoor in de toekomst vaker dwangmedicatie wordt toegepast.

5.3.4 Terugplaatsingen

In het voorjaar van 2009 ontstond de indruk dat in de intensieve zorgafdeling het percentage patiënten dat teruggeplaatst was vanuit een afdeling met meer vrijheden erg hoog was.³⁰⁴ De feitelijke doelstelling van de afdeling was vooral gericht op de categorie problematische en gevaarlijke patiënten bij opname. Het gevaarscriterium was daarbij onmisbaar omdat plaatsing op de afdeling door de wet gezien wordt als een beklagwaardige maatregel.³⁰⁵ Een globale beoordeling van andere afdelingen op basis van de standaard bezettingslijst uit MITS riep de indruk op dat het fenomeen van terugval breder verspreid was. Daarop is de populatie van FPC Oldenkotte in zijn geheel systematisch doorgelicht en gevolgd. Maandelijks werd tot in 2011 in de patiëntgerelateerde managementinformatie het beeld op afdelingsniveau en patiëntniveau verwerkt.³⁰⁶

De achterliggende gedachte en daarmee de aanleiding om de zogenaamde ‘terugvalpatiënten’ in kaart te brengen is het idee dat de aanwezigheid van een dermate hoog percentage van deze patiënten op een afdeling het leef- en behandelklimaat geen goed zou doen. De peiling medio mei 2009 leverde gemeten over de gehele populatie exclusief de proefverlofgangers een aantal patiënten met terugval op van 39, van wie 21 patiënten op dat moment in één van de drie hoogst beveiligde afdelingen verbleven (Bron: MITS).

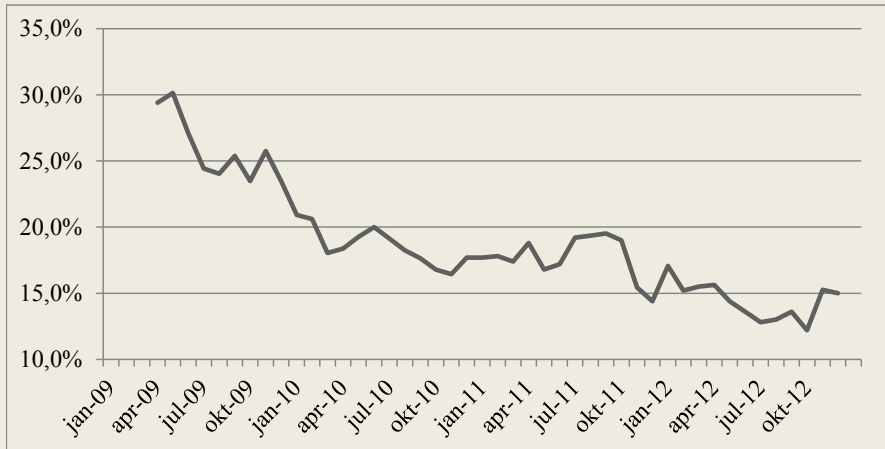
³⁰⁴ A. Goosensen, Managementinformatie mei 2009.

³⁰⁵ Art. 32 Bvt. jo art. 56 lid 1 sub b Bvt.

³⁰⁶ Nadat de dalende ontwikkeling van het aantal patiënten met terugval stagneerde en langdurig stabiel bleef is er voor gekozen deze indicator niet meer in de patiëntgerelateerde managementinformatie op te nemen, ook vanwege de bewerkelijkheid van het overzicht.

Deze afdelingen kennen dan een gezamenlijke capaciteit van 30 bedden. Dit betekende dat op die afdelingen op dat moment 70% van de patiënten een terugval kende. Omgerekend naar de totale populatie, die dan 135 patiënten bedraagt, gaat het om een percentage van 28,9% (zie grafiek 10).³⁰⁷ Van de 39 patiënten zijn 16 van het vrouwelijke geslacht. De gegevens waren voldoende aanleiding om vervolgens elke maand in de managementinformatie een overzicht op te nemen van de aantallen op kliniek niveau en afdelingsniveau en een overzicht van de betreffende patiënten.

Grafiek 10: Percentage patiënten met terugval naar een afdeling met minder vrijheden



Bron: MITS

In eerste instantie is in de managementinformatie over het percentage, hoewel dit als zorgelijk hoog ingeschat werd wegens voornoemde mogelijke effecten op het therapeutisch klimaat, geen oordeel geveld vanwege het feit dat op dat moment onbekend was wat in het kader van een terbeschikkingstelling standaard of mogelijk is en daarom acceptabel. De hoop was wel dat deze explicitering en de daaraan verbonden focus zou leiden tot een daling op basis van een zorgvuldiger en beter gestructureerde doorstroompraktijk, zonder te voorzichtig te worden. Op basis van de maandelijkse overzichten is langzaam maar zeker een historie opgebouwd. Eerst lijkt de bodem bereikt te worden rond de 17%, wat op zich al een flinke daling is. Uiteindelijk daalt het percentage tot onder de 15%. Dit is een halvering ten opzichte van het voorjaar van 2009. Er is geen specifiek beleid ontwikkeld om de terugval te verminderen. Wel is het overleg voor wat betreft overplaatsingen beter gestructureerd door de invoering van het zogenaamde operationeel overleg (OO) onder voorzitterschap van de manager sociotherapie, die

³⁰⁷ In het kader van het onderzoek is de curve op basis van de gegevens uit MITS doorgetrokken tot en met 2012.

inhoudelijk niet betrokken was bij de behandeling. Ook is een coördinator in-, door- en uitstroom aangesteld die de voorgenomen overplaatsingen en de wachtlijsten volgde en de ontwikkelingen vanaf maart 2011 met behulp van een wekelijks bijgewerkte en breed verspreide lijst bewaakte.

Het percentage patiënten dat ooit terugval kende is niet onderzocht. Verondersteld mag worden dat dit percentage hoger ligt, zeker als van de patiënten het gehele behandeltraject tijdens de terbeschikkingstelling wordt meegewogen, waarin overplaatsing naar een andere kliniek en dus terugval geen uitzondering zijn. Gezien over de periode 2004 tot en met 2007 is ruim een kwart van de patiënten die in FPC Oldenkotte is opgenomen, eerder behandeld in een andere kliniek. Kijkend naar oudere instroomcohorten eerste opnames van FPC Oldenkotte is er sprake van nog hogere percentages die vanuit FPC Oldenkotte naar een andere kliniek zijn overgeplaatst. Vanaf de instroomcohorten eerste opnames 2004 – 2006 is het percentage overplaatsingen volgens de stand van zaken in juli 2013 gedaald tot onder de 20%.

Sinds patiënten met ingang van 2014 door het bureau plaatsing in een kliniek in de regio van herkomst worden geplaatst, kan een patiënt niet meer zoals voorheen in onderling overleg van de ene kliniek naar een andere worden overgeplaatst.³⁰⁸ Een voorgenomen overplaatsing moet worden gemeld bij het bureau plaatsing, deze bepaalt dan aan de hand van de criteria volgens het beleidskader waar de patiënt geplaatst wordt. Wellicht dat door deze toetsing het aantal overplaatsingen afneemt.

5.3.5 Aanleidingen tot terugplaatsing

Een terugplaatsing blijkt na onderzoek niet per definitie direct verbonden aan een concreet incident. Gekeken naar de patiënten met terugval in mei 2009 is echter voor wat betreft de meeste patiënten wel een indeling te maken naar het soort incident dat er in de aanloop naar de terugplaatsing uitspringt (zie tabel 12). Incidenten geclassificeerd als dreiging met geweld of werkelijk fysiek geweld naar personeel of medepatiënten springen er uit. Ook is het aantal incidenten in de categorieën suïcidegeste, automutilatie en psychische toestand niet te verwaarlozen.

Grafiek 10 maakt duidelijk dat het aantal patiënten met terugval vanaf 2009 aanmerkelijk is afgenomen. Wordt de indeling die gebruikt is om de patiënten met terugval te classificeren toegepast op alle geregistreerde incidenten, dan blijkt het aantal incidenten uiteindelijk ongeveer gehalveerd te zijn (zie tabel 13). Dit lijkt een indicatie voor de veronderstelling dat in het geval van de genoemde categorieën incidenten er sprake is van een verhoogde kans op terugplaatsing.

³⁰⁸ Beleidskader Plaatsing TBS dwang, Directie Forensische Zorg, 2014, p. 14.

Tabel 12: Categorieën van de incidenten voorafgegaan aan terugplaatsing bij de patiënten met terugval op 18 mei 2009 (FPC Oldenkotte).

Incident	Aantal
Dreiging/fysiek geweld	13
Grensoverschrijdend gedrag/ordeverstoring/brandstichting	4
Suïcidegeste/automutilatie/psychische toestand	6
Onttrekking/poging onttrekking	4
Middelen gebruik/handel in middelen	4
Financieel	1
Geen	7
Totaal	39

Bron: MITS, notulen ochtendbespreking FPC Oldenkotte

Tabel 13: Per vastgestelde categorie van de incidenten bij van terugval het totaal aantal incidenten per jaar (FPC Oldenkotte)

Incident	2009	2010	2011	2012
Dreiging/fysiek geweld	107	145	77	63
Grensoverschrijdend gedrag/ ordeverstoring/ brandstichting	147	201	80	101
Suïcidegeste/automutilatie/psychische toestand	58	31	19	12
Onttrekking/poging onttrekking	0	1	3	5
Middelen gebruik/handel in middelen	9	12	16	9
Financieel	0	0	0	0
Geen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	321	390	195	190

Bron: MITS

5.3.6 Onttrekkingen

Ongeoorloofde afwezigheid valt onder de categorie bijzondere voorvallen.³⁰⁹ In het geval van ongeoorloofde afwezigheid dient het hoofd van de inrichting te allen tijde alle verlangde inlichtingen door te geven aan de minister.³¹⁰ Dit is nader uitgewerkt in een

³⁰⁹ Art. 23 Rvt (Hoofdstuk 7: Ongeoorloofde afwezigheid en andere bijzondere voorvallen).

³¹⁰ Art. 7a Bvt.

Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden waarin de belangrijkste stappen zijn verwerkt, inclusief een protocol melding bijzonder voorval en een protocol afloop/afhandeling bijzonder voorval. Een ongeoorloofde afwezigheid dient in ieder geval via het hoofd van de afdeling plaatsing of de piketambtenaar doorgegeven te worden aan de directeur DForZo.

Een onttrekking met als gevolg ongeoorloofde afwezigheid kan zoals eerder is beschreven leiden tot een ernstige vertraging in het verloftraject. Er dient voordat er aan de patiënt weer verlof wordt verleend zorgvuldig aan de samenwerking met de patiënt gewerkt te worden, maar ook doet zich het feit voor dat na een onttrekking – de uitzondering daargelaten – de machtiging wordt ingetrokken en deze pas weer na een jaar aangevraagd kan worden.³¹¹ Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van de onttrekkingen en de invloed daarvan op de behandelduur is het niet alleen belangrijk inzicht te krijgen in de getalsmatige ontwikkelingen, maar ook in kwalitatieve trends.

5.3.7 Aantal onttrekkingen

Het aantal onttrekkingen is gemeten over de sector na 2004 sterk afgenomen (zie tabel 14). Opmerkelijk is dat er in 1982 nog sprake is van 186 geregistreerde onttrekkingen en ontvluchtingen, dit op basis van een populatie van 400 terbeschikking van de regeringgestelden.³¹² Het voorlopige aantal onttrekkingen over 2014 komt op 39 (mei 2015).³¹³ De daling moet hierbij vooral als een trend worden gezien aangezien de registratie in ieder geval tot 2005 niet volledig is.³¹⁴ In de rapportage Benchmarking FPI/FPK/FPA wordt geconstateerd dat de incidentregistratie ‘niet op tijd terugkeren van verlof’ door klinieken zeer verschillend werd gehanteerd. De registratie vond bij de ene kliniek direct plaats indien er sprake was van het te laat terugkeren, een ander gaf meer ruimte en ging dan nog na of er een aannemelijk verhaal was, weer een ander registreerde niet eerder dan dat de patiënt op de telex was geplaatst.³¹⁵ FPC Oldenkotte kende over de periode een laagdrempelige registratie, de sociotherapie registreerde na een onttrekking de ongeoorloofde afwezigheid rechtstreeks in MITS.

Vanaf 2005 ontstond er landelijk een evenwichtiger beeld. Verondersteld mag worden dat de toenemende aandacht, scherpere, eenduidigheid in definiëring, procedures, het gebruik van formats en de verschuiving op het vlak van inhoudelijke beoordeling door de AVT/verlofunit van DForZo daaraan in toenemende mate hebben bijgedragen. Een onderlinge vergelijking van de landelijke cijfers uit eerdere jaren is vanzelfsprekend niet mogelijk, hoewel trends wel oplichten. De huidige scherpere in de afweging of er wel of geen sprake is van een onttrekking levert betrouwbaarder materiaal op. De registratie blijft echter een aandachtspunt aangezien DForZo over 2012 rekent met 55 onttrekkingen en

³¹¹ Art.17 Verlofregeling TBS

³¹² Hofstee 1987, p. 405.

³¹³ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit.

³¹⁴ Hildebrand e.a. 2006, p. 47; Benchmarking FPI/FPK/FPA deelrapport 3, p. 22.

³¹⁵ Benchmarking FPI/FPK/FPA deelrapport 3, p. 22.

uit de gegevens van MIP blijkt dat over dat jaar er 41 door de klinieken geregistreerd zijn.³¹⁶

Een belangrijk gegeven is dat in 2004 een nieuw verlofbeleidskader is geïntroduceerd. Het aantal verlofvormen exclusief proefverlof wordt teruggebracht naar drie, te weten begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Tevens dient voor iedere verlofvorm een machtiging te worden aangevraagd en is een risicotaxatie verplicht. Na een onttrekking vervalt de machtiging.³¹⁷ De inspectie voor sanctietoepassing concludeert eind 2005 dat de forensisch psychiatrische centra en de forensisch psychiatrische klinieken er sinds augustus 2004 in ruime meerderheid in zijn geslaagd hun aanvragen voor verlofmachtigingen op hoofdlijnen aan te leveren volgens het in het verlofbeleidskader voorgeschreven format. Van de twaalf klinieken is de score van één onvoldoende, twee voldoende, drie ruim voldoende en zes goed.³¹⁸

Het aantal patiënten met een verlofmarge (zie tabel 21, par. 6.3.1) komt eind 2005 op 716, stijgt tot 1276 in juni 2011, waarna zich een daling inzet. Eind 2013 zijn er nog 1142 geregistreerde verlofmarges (Bron: MIP). De daling van het aantal onttrekkingen gaat daarmee tevens tegen de stijgende trend van het aantal verlofmarges in. Het aantal verloven dat in 2005 op 50.000 is geschat zal, zoals de cijfers van FPC Oldenkotte (zie tabel 25, par. 6.3.2) ook doen veronderstellen, daarom sterk gestegen zijn, en wel met tienduizendtallen. Een indicatie hiervoor is dat in FPC Oldenkotte ultimo 2010 7,5% van de terbeschikkinggestelden wordt verpleegd. FPC Oldenkotte realiseerde in 2012 bij een capaciteit van 7,7% van de sector exclusief longstay een percentage van 9,6% van de nieuwe machtigingen. De meeste onttrekkingen vinden plaats vooral vanuit onbegeleid verlof en in toenemende mate vanuit transmuraal verlof (zie tabel 14). Het aantal onttrekkingen vanuit begeleid verlof is beperkt.

Zo bezien komen de inspanningen op het vlak van training in het begeleiden van verloven en de inzet van beveiligers van de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) bij de eerste vijf beveiligde verloven en de tweede sociotherapeut bij dubbel begeleide verloven als een te zwaar middel over. Gezien de fase van behandeling waarin de patiënt dan verkeert en als uitdrukking van het belang onttrekkingen te voorkomen is het naar de patiënt en alle bij de verloven betrokkenen echter een duidelijk statement. Elke stap, ook die van beveiligd verlof naar dubbel begeleid wordt expliciet geëvalueerd in het multidisciplinair team.

³¹⁶ Forensische Zorg in getal 2009 - 2013 | juli 2014, p.23.

³¹⁷ TK 2003 – 2004, 29 452, nr.10, Brief van de Minister van Justitie aan de Tweede Kamer, 1 juli 2004, par. 3.

³¹⁸ Inspectie voor Sanctietoepassing 2005, p. 42.

Tabel 14: Onttrekkingen en ontvluchtingen sector tbs uitgesplitst naar verlof

	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Totaal	104	108	115	82	103	73	43	33	29	23	42	38	45	30
Beg	24	30	29	16	28	19	15	5	11	4	6	9	5	2
Onb	53	61	69	42	45	33	15	22	12	10	22	15	24	15
Tmv	7	3	1	6	5	2	5	-	-	8	11	14	16	12
Pv	5	3	4	3	8	8	1	3	2	-	2	-	-	-

Bron: MIP

5.3.8 Onttrekkingen naar type patiënt

Om meer te weten over het type patiënt dat zich in de loop van de jaren aan toezicht heeft onttrokken kan de door DForZo gebruikte differentiatie bij plaatsing van eerste opnames toegepast worden op de onttrekkingen van FPC Oldenkotte (zie tabel 15). Er wordt bij de differentiatie onderscheid gemaakt op basis van de categorieën man – vrouw, normaal – zwakbegaafd en persoonlijkheidsstoornis – psychotisch. Het is interessant om na te gaan of bij een bepaalde categorie patiënten een speciale trendbreuk voorkomt, dit om mogelijk iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van interventies.

Een mogelijke veronderstelling op basis van tabel 15 is bijvoorbeeld dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen rekening hebben gehouden met de maatregel dat de verlofmachtiging na onttrekking zou worden ingetrokken en deze opnieuw aangevraagd moest worden. Zij reageerden veel sterker dan de psychotische patiënten. Op basis van landelijke cijfers blijkt dat psychotische patiënten tot 2005 verantwoordelijk zijn voor 31% van de onttrekkingen en voor 11% van de recidives.³¹⁹ Voor FPC Oldenkotte geldt op basis van de differentiatie van DForZo dat tot en met 2005 dit percentage 7,1 % is en gerekend vanaf 2006 op 21 % komt en dus relatief gestegen is. Een algemene opmerking bij de tabel is dat de bezetting van FPC Oldenkotte een verloop in de bezetting kent van 111 patiënten gemiddeld in 2000 naar 117 in 2013 met een tussentijdse piek van 153 begin 2011.

³¹⁹ Hildebrand e.a. 2006, p. 66 en 82.

Tabel 15: Aantal onttrekkingen van FPC Oldenkotte per jaar naar differentiatie patiënt

Diff	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	totaal
Mnps	16	20	20	13	15	10	2	4	2			1	3	3	109
Mnpy		1							1		1	1	1	1	6
Mzps			1	1	1		1								4
Mzpy															
Vnps	2	2	5	2	2	1	1		1			1			17
Vnpy		1	3	1		1									6
Vzps	2														2
Vzpy				1	1										2
totaal	20	24	29	18	19	12	4	4	4	0	1	3	4	4	146

Bron: MITS, behandelplannen

5.3.9 Onttrekkingen naar duur

De meeste onttrekkingen duren kort (zie tabel 16), de dag na de onttrekking is al 66% weer teruggekeerd of aangehouden, 89% is binnen een week teruggekeerd. De duur bij terugkeer op dezelfde dag voor middernacht is als nul dagen gerekend. De abrupte daling bij 'mnps' na zeven dagen kan er mee te maken hebben dat eerder de regeling gold dat een patiënt na zeven dagen werd uitgeschreven en daarmee automatisch onderaan de toen nog bestaande wachtlijst kwam. Dit kan ook de 'dip' verklaren op de vierde dag. De patiënten die uit een impuls handelen, een nacht willen stappen, teruggestuurd worden door familie of zich moeilijk kunnen redden, zijn dan terug. De anderen maken dan de afweging dat de extra schade om nog iets langer uit zicht te blijven beperkt is. Een zelfde patroon is te herkennen in de landelijke cijfers.³²⁰ Een uitsplitsing naar het verloop van de duur van de onttrekking over de jaren voor wat betreft FPC Oldenkotte maakt duidelijk dat langerdurende onttrekkingen vanaf 2005 abrupt niet meer voorkomen.

³²⁰ Hildebrand e.a. 2006, p. 66.

Tabel 16: Aantal onttrekkingen FPC Oldenkotte 2000 – 2013 naar differentiatie en duur

Diff	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	14	20	27	44	56	72	>	-	totaal
Mnps	34	34	9	5	1	6	4	5	1		1	1		1	1	1	1	2	1	108
Mnpy	3	2																	1	6
Mzps		1							2	1			1							5
Mzpy																				
Vnps	9	5	2											1						17
Vnpy	3	2			1															6
Vzps		2																		2
Vzpy		2																		2
Totaal	49	48	11	5	2	6	4	5	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	146
%	34	33	8	3	1	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	97
% t/m	34	66	74	77	79	83	86	89	91	92	92	93	94	95	96	97	97	99	99	99

Bron: MITS

5.3.10 Onttrekkingen FPC Oldenkotte op patiëntniveau

Het uiteindelijke resultaat is dat zich sinds september 2008 tot eind 2012 twaalf onttrekkingen hebben voorgedaan. Er is sprake van een stijgende trend. Tot en met 2010 heeft zich slechts één onttrekking voorgedaan, de patiënt bleek later op het inrichtingsterrein van de fpa te zijn waar hij verbleef. In de latere jaren ging het onder andere paradoxaal genoeg om bijvoorbeeld een patiënte die zich feitelijk juist weer onder toezicht van FPC Oldenkotte heeft willen stellen maar ook om een onttrekking in combinatie met een ernstige recidive.

Analoog aan suïcidegeste kan het eerste geval een soort ‘onttrekkingsgeste’ genoemd worden. Een patiënte met transmuraal verlof heeft januari 2011 tijdens een kort onbegeleid verlof op het terrein van een forensisch psychiatrische afdeling zich met behulp van haar scooter mobiel onttrokken aan toezicht door het terrein te verlaten en alcohol te drinken. Ze had in de aanloop naar de onttrekking in woord en gedrag al nadrukkelijk duidelijk gemaakt dat ze terug wilde naar FPC Oldenkotte (Bron: MITS, dagrapportage). Algemeen geldende maatregelen kunnen daarmee ook uiterst effectieve middelen voor een patiënt zijn. Dit bleek eerder ook al uit de manier waarop een patiënte organiseerde dat zij gesepareerd bleef (zie par. 5.3.1). De recidive trof een sociotherapeute tijdens een begeleid verlof.

5.3.11 Aantal ingetrokken machtigingen

Een machtiging kan door de minister ingetrokken worden (zie tabel 17). Het aantal ingetrokken verlofmarges fluctueert sterk. De jaren voor 2009 kende een aantal dat schommelde tussen de 25 en 29 intrekkingen (Bron: forensische zorg in getal 2011). Als

aanleiding tot het intrekken van een machtiging worden de categorieën illegale verblijfsstatus, na plegen strafbaar feit, normschending (geen strafbaar feit), ontvluchting langer dan 24 uur en overtreden voorwaarden gehanteerd.³²¹ De categorie illegale verblijfsstatus komt slechts sporadisch voor. Een vergelijking met het aantal onttrekkingen (zie tabel 14, par. 5.3.7) maakt duidelijk dat een onttrekking niet automatisch tot het intrekken van de machtiging heeft geleid, maar wel sterk bepalend was voor het aantal onttrekkingen. In 2012 is op basis van art. 17 van de Verlofregeling TBS 31 maal een machtiging voor een jaar ingetrokken, in 2013 gold dat voor 21 machtigingen (Bron: forensische zorg in getal 2013 en 2014). Dit betekent dat, hoewel het aantal onttrekkingen niet gekoppeld is aan het jaar van oplegging, het percentage terbeschikkingstellingen dat door het intrekken van een machtiging voor een kortere of langere periode onderbroken wordt niet te verwaarlozen is.

Tabel 17: Aantal onttrekkingen van verlofmachtigingen per jaar

	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal	8	13	27	39	20
Begeleid verlof	4	5	8	10	5
Onbegeleid verlof	3	4	3	14	5
Transmuraal verlof	1	2	14	11	10
Proefverlof	0	2	2	4	0
Oldenkotte	0	1	2	6	1

Bron: MIP

5.3.12 Beoordelingsinstrumenten en onttrekkingen

Hildebrand e.a. hebben de mogelijk voorspellende kracht van beoordelingsinstrumenten als het gaat om de kans op een onttrekking onderzocht.³²² De beste voorspeller blijkt de totaalscore van negen dynamische factoren van het risicotaxatie-instrument HKT-30 te zijn, te weten: alcohol-, softdrugs- en harddruggebruik (in de taxatie verwerkt tot één score), impulsiviteit, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, attitude ten opzichte van de behandeling, verantwoordelijkheid voor het delict en copingvaardigheden. De scores hebben betrekking op het behandelverloop van het jaar voorafgaande aan de onttrekking.³²³ Vijf daarvan, te weten alcoholgebruik, softdruggebruik, harddruggebruik, attitude ten opzichte van de behandeling en copingvaardigheden blijken een significante onafhankelijke bijdrage te leveren aan de kans op onttrekking. Afhankelijk van de scherpte van de instelling van het instrument gebaseerd op deze vijf blijkt terugkijkend een zeer

³²¹ Art. 15 lid 2 jo art. 53 lid 3, art. 57 lid 5 Rvt, art. 15 lid 3 Verlofregeling TBS.

³²² Hildebrand e.a. 2006, p. 67.

³²³ Hildebrand e.a. 2006, p. 68.

hoog percentage van de onttrekkingen uit de periode 2000 tot 2005 te voorspellen en biedt het daarmee mogelijkheden onttrekkingen te voorkomen door het verlot in te trekken of niet te verlenen. Hoe scherper het instrument echter is ingesteld, des te meer verloten onterecht ingetrokken zullen worden. Bij een 'cut-off' score van zeven, de risicofactoren kennen een vijf puntenschaal op basis van een ordinale schaalverdeling van nul tot vier bij een oplopende bijdrage aan het risico, blijkt van de onderzochte controle groep die zich niet aan toezicht heeft onttrokken 20% te vallen in de categorie die dan geen verlof krijgt. In de categorie onttrekkers krijgt dan 29% onterecht verlof.³²⁴

5.3.13 Beoordelingsinstrumenten en recidives

In de periode 2000 tot 2005 vonden 21 recidives plaats na onttrekking waarbij is geconstateerd dat veertien in de categorie zeer ernstig vallen (Hildebrand hanteert een strafdreiging groter dan acht jaar). Vijf recidives zijn gepleegd door psychotische patiënten. Voor hen geldt ook dat sprake is van een aantal recidives in de categorie zeer ernstig. Ook hier blijkt de totaalscore op de negen klinische items betreffende het behandelverloop de beste voorspeller te zijn, zowel van gewelddadige en van algemene recidive.³²⁵ Een andere goede voorspeller is het totaal aantal maal ongeoorloofd afwezig. Wordt het hierboven gehanteerde instrument toegepast, dan blijkt bij de 'cut-off' van zeven dat 13 van 20 recidives dan niet hadden plaatsgevonden.³²⁶ Gezien de 'geringe mogelijkheden' voor een patiënt om zich na 2005 frequenter aan toezicht te onttrekken zal het niet meer mogelijk zijn de laatste indicator te gebruiken als signaal voor het risico op een recidive.

5.3.14 De Landelijke Databank Risicotaxatie terbeschikkingstelling

Het project Landelijke Databank Risicotaxatie is in 2010 opgezet door de forensisch psychiatrische centra (fpc's) en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Het project vloeit voort uit de aanbevelingen van de Parlementaire Onderzoekscommissie tbs, de Commissie Visser, en vragen uit het veld om de verplichte risicotaxaties samen te brengen om zo te kunnen leren en inzicht krijgen in de risicotaxatie en risicomangementpraktijk. In de databank zijn vanaf 2010 de verplichte risicotaxaties samengebracht die bij elke terbeschikkinggestelde sinds 2005 jaarlijks worden afgenomen. De klinieken leveren deze metingen (half-) jaarlijks aan. De databank en de visualisatietechnieken die erop ontwikkeld zijn maken het mogelijk om nauwkeuriger wetenschappelijk onderzoek te doen, wat de instrumenten kan verbeteren. Het krijgt een vervolg door de koppeling tussen recidivegegevens en risicotaxatiedata. Hierdoor kan grootschaliger en nauwkeuriger wetenschappelijk onderzoek worden uitgevoerd met als doel: leren en verbeteren van de bestaande praktijk op het gebied van risicotaxatie.

³²⁴ Hildebrand e.a. 2006, p. 71 - 74.

³²⁵ Hildebrand e.a. 2006, p. 81 - 83.

³²⁶ Hildebrand e.a. 2006, p. 85 - 86.

5.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur

Het in paragraaf 2.6.2 gegeven schema wordt aangevuld met een aantal belangrijke factoren die in dit hoofdstuk naar voren zijn gekomen. De gemiddelde bezetting van de separeer is een belangrijke maat als het gaat om een laag separeergebruik. De indicator is in FPC Oldenkotte uiteindelijk stabiel onder de 0,2 gebleven en blijkt daarom een realistische doelstelling.

Een andere belangrijke maat is het aantal separaties dat tien dagen of langer duurt. Deze indicator is in FPC Oldenkotte vanaf 2011 teruggebracht naar nul. Een verdere verdieping in bijvoorbeeld de gemiddelde duur of aantallen van de separaties is mogelijk, het is echter belangrijk eerst de extremen onder de aandacht te brengen. De doelstelling op kliniekniveau wordt om reden daarvan op nul gesteld.

Gezien het percentage van de patiënten die in een jaar drie maal of vaker zijn gesepareerd die overgeplaatst worden is het belangrijk in relatie tot de behandelduur dit aantal terug te brengen. Dit aantal is in FPC Oldenkotte teruggebracht naar twee. Beiden zijn in een eerder jaar ook gesepareerd. Een doelstelling op kliniek niveau van lager of gelijk aan één lijkt daarom realistisch.

Het percentage van de populatie van FPC Oldenkotte met terugval is met vertraging, herstel kost veel tijd, gestabiliseerd op of net onder de 15%. Wellicht is een verdere daling mogelijk. Dat zal uit de casuïstiek op kliniek niveau moeten blijken. Voorlopig lijkt een doelstelling van lager of gelijk aan 15% op kliniek niveau realistisch.

Het verloop van het aantal onttrekkingen in FPC Oldenkotte laat zien dat het mogelijk is dit aantal langdurig op nul te houden. Het aantal onttrekkingen op sectorniveau is vanaf 2006 redelijk stabiel en ligt tussen de 30 en 45, dit bij een bezetting die varieert tussen de 2000 en 1650. Maatschappelijk gezien is het van belang het absolute aantal aan te geven, in relatie tot het aantal onttrekkingen per kliniek een relatieve maat. Gezien de verwachte daling van de populatie terbeschikkinggestelden tot beneden de 1000 en de populatie per kliniek is het aantal onttrekkingen per 100 patiënten een geschikte maat. Dit aantal varieert vanaf 2006 tussen 1,2 en 2,6. Het gemiddelde over deze periode valt net onder de 2 en lijkt daarom een goede maat. De doelstelling voor de klinieken het aantal onttrekkingen lager of gelijk aan 2,0 per 100 patiënten te houden zal op termijn het gemiddelde omlaag brengen en een scherpere doelstelling mogelijk maken. Voor het aantal onttrekkingen van de sector betekent dit dat het aantal beneden de 2,0 per 100 patiënten uit moet komen. Een vergelijking met de prognose van de bezetting voor 2015 levert dan bijvoorbeeld op dat het aantal onttrekkingen op basis van 2,0 per 100 uitkomt op 29. Een doelstelling van 25 is dan passend. Een aandachtspunt is de registratie van het aantal onttrekkingen. Interessanter is in feite het percentage verstoorde behandeltrajecten. Deze maat is echter pas na jaren te bepalen.

Recente percentages voor recidive binnen twee jaar na beëindiging zijn voor algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) 22,8%, voor ernstige recidive (misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer) 17,9% en voor een tbs-

waardig delict (misdrijf waar een nieuwe terbeschikkingstelling op had kunnen volgen) 9,3% (zie par. 3.1.7). Hoewel het in principe niet de doelstelling kan zijn een bepaalde norm te halen – dit geldt evenzo voor bijvoorbeeld onttrekkingen – is het belangrijk toch normen te stellen. In de eerste plaats blijft het percentage anders iets dat je overkomt. Ook is het belangrijk juist op het punt van de reden van bestaan te kunnen zeggen dat het doel bereikt is. En zonder ijkpunten is het lastig om verbeterdoelen te stellen, wat van belang is voor de maatschappij. Tot slot geeft het zeer concreet de ernst van het vak aan, wat kan helpen de forensische scherptheit hoog te houden. Er bestaan ook vergelijkingen met het gevangeniswezen. Een vergelijking tussen deze verschillende populaties blijft echter niet meer dan een indicatie. Een voorzichtige start kan er uit bestaan de hierboven genoemde percentages naar beneden af te ronden. Aan deze indicatoren is in het voorgaande hoofdstuk in het kader van afwijking niet gemeten of onderzoek gedaan. Het betreffen waarden die ontstaan na de beëindiging van de terbeschikkingstelling. Zij zijn echter wel geschikt als maat van een laag aantal recidives. Het gaat er vervolgens om variabelen te vinden die mogelijk van invloed zijn op deze gestelde normen.

Geloofwaardigheid

- Laag aantal recidives
 - Algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 22,0% (sector); Ernstige recidive (misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 17,0% (sector); Tbs-waardig delict (misdrijf waar een nieuwe terbeschikkingstelling op had kunnen volgen) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 9,0% (sector).
- Laag aantal onttrekkingen
 - Aantal onttrekkingen per jaar lager dan 25 (sector).
- Laag separeergebruik
 - Gemiddelde bezetting van de separeer per jaar, gerelateerd aan een populatie van 100 patiënten lager dan 0,2 (fpc).
 - Aantal separaties in een jaar met een duur van tien etmalen of langer is nul (fpc).
- Proportionele behandelduur
 - Een proportionele behandelduur komt overeen met de prognose
 - Aantal patiënten dat driemaal of vaker in een jaar is gesepareerd lager of gelijk aan één (fpc).
 - Percentage van de populatie op een peilmoment met terugval naar een afdeling met minder vrijheden lager of gelijk aan 15% (fpc).
 - Aantal onttrekkingen per 100 patiënten lager of gelijk aan 2,0 (fpc).

5.5 Samenvatting

Het behandelverloop van een terbeschikkinggestelde gaat in meer of mindere mate gepaard met vallen en opstaan. Hierbij gaat het niet om de doorsnee menselijke maat, maar een vallen en opstaan getoetst aan het gevaarscriterium. Hierbij geldt niet alleen het gevaar

voor de medemens, maar ook het gevaar voor de patiënt zelf. Getoetst aan de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden worden dan op basis van een zo zorgvuldig mogelijke inschatting eventueel maatregelen genomen. Het gaat hierbij vooral om vrijheidsbeperkende maatregelen. Een consequentie van deze maatregelen is echter ook dat de behandeling vertraging kan oplopen. Op basis van de praktijk blijkt tevens dat de mate waarin maatregelen worden toegepast geen vaste waarde is. Er zijn duidelijke trends waar te nemen naar aanleiding van al of niet directe interventies. De ontwikkelingen op het vlak van het separeergebruik en het aantal onttrekkingen zijn daarvan voorbeelden. Fluctuaties die zich voordoen zijn ondergeschikt aan de trend. Een diepere analyse van de trends op het niveau van type patiënt laat zien dat de verschillende categorieën patiënten anders reageren op maatregelen. Het is op populatieniveau mogelijk vrij nauwkeurig risico's in te schatten. De omslag naar patiënt-niveau is echter lastiger aangezien de kans dat ingegrepen wordt bij patiënten die uiteindelijk niet tot risicovol gedrag komen niet te verwaarlozen is, evenals de kans dat patiënten die buiten de officiële risicogroep vallen toch tot bijvoorbeeld een onttrekking en of delictgedrag komen.

Hoofdstuk 6 Verlofmanagement

De behandelduur bestaat opgeteld uit de fase waarin een patiënt geen verlofmarge heeft en de begeleide-, onbegeleide- en transmurale fase. In FPC Oldenkotte zijn de belangrijkste activiteiten die gelinkt zijn aan het verlof onder de titel verlofmanagement samengevoegd. Het verlofmanagement is daarmee een verzameling van activiteiten die direct verbonden is aan het proces, eerder genoemd het kritieke pad, dat de behandelduur bepaalt. Met behulp van de kaders van het verlofmanagement kan gestuurd worden op het moment dat de volgende machtiging wordt aangevraagd, waarbij aandacht is voor het voldoende toetsen van de behandeling en de evaluatie van de lopende machtiging. Dit is niet alleen van belang voor de kwaliteit van het behandeltraject maar ook voor de onderbouwing van de aanvragen van de machtiging. Tevens is het functioneren van het verlofmanagement van belang in verband met het minimaliseren van de kans op een onttrekking en recidive. Beide invalshoeken kunnen van invloed zijn op de behandelduur, waarbij het zorgvuldig afwegen van risico's de kern van het geheel is.

6.1 Oriëntatie

De sector terbeschikkingstelling en daarbij ook FPC Oldenkotte kent op het vlak van het verlofmanagement een turbulente geschiedenis. Een groot aantal onttrekkingen (zie tabel 14, 5.3.7) en een aantal ernstige incidenten hebben er voor zorg gedragen dat het verlof van terbeschikkinggestelden hoog op de politieke agenda kwam. In de volgende paragrafen wordt de wet en regelgeving rond de verlofgang onderzocht, evenals de sectorbrede maatregelen naar aanleiding van een aantal ernstige incidenten. Het parlementair onderzoek van de commissie Visser is hierin van groot belang. Het advies op basis van het onderzoek leidde onder andere tot de instelling van het adviescollege verloftoetsing tbs. Op de invloed van dit college wordt vervolgens ingegaan. Verder wordt gekeken naar de manier waarop in FPC Oldenkotte omgegaan werd met situaties waarin bijsturing nodig was, wat de consequenties waren van de brede maatregelen op de verlening van de verlofmachtigingen en de directe aanleiding tot de ontwikkeling en invoering van het verlofmanagement als concept.

6.1.1 Historie

De wetgeving en het beleid rond verlof kennen een dynamische geschiedenis. In 2000 wordt een “nieuw verlofbeleidskader” gepresenteerd, in 2004 een “vernieuwd verlofkader tbs” met een nadere uitwerking in 2005, in 2007 een “vernieuwd verlofbeleidskader” en het “toetsingskader verlof terbeschikkinggestelden” in 2009.³²⁷ Tussendoor doen zich nog

³²⁷ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p.115; WODC, Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden, hfst 5.1.

meerdere beleidsinterventies voor. De verlofregeling tbs is in een ministeriële regeling opgenomen.³²⁸

Gaandeweg is er sprake van een toenemende nadruk op de beveiliging, uitsluiting van risico's en beperking van mogelijkheden, maar ook op het vlak van professionalisering. Een hieronder samengevatte discussie rond het hoge aantal ongeoorloofd afwezig in 1984 is een treffende illustratie wat betreft de toegenomen nadruk op beveiliging en veranderde inzichten op het uitsluiten van risico's. In het verslag van de Algemene rekenkamer over 1984 wordt de bezorgdheid uitgesproken over het aantal patiënten dat één of meermalen ongeoorloofd afwezig (noemen dat later in het verslag ontvluchtingen) was geweest, te weten 186 op een aantal van 400 ter beschikking van de regering gestelden. Als reactie wordt gesteld dat het aantal ontvluchtingen hieronder beperkt is, wat betekent dat het grootste deel gekoppeld dient te worden aan het tweede deel van de intramurale fase (niet proefverlof) en dus betrekking heeft op de beveiliging op langere termijn. Doorgeredeneerd op het beperkte aantal ontvluchtingen vanuit de eerste fase, hier gezien als beveiliging op korte termijn door middel van verpleging in een meer of minder gesloten setting, waarbij tevens opgemerkt wordt dat niet iedere ontvluchte ter beschikking van de regering gestelde recidiveert, volgt de conclusie dat de wijze van uitvoerlegging van de TBR in het onderhavige bestek voldoende garanties biedt voor de beveiliging van de maatschappij.³²⁹

Belangrijke ontwikkelingen zijn het meten van risico's door geaccepteerde instrumenten, standaardisatie van de aanvragen door het gebruik van formats en de verschuiving van de marginale toetsing door de verlofunit naar een inhoudelijke op basis van een advies door het AVT. Onderzoek lijkt erop te wijzen vier overkoepelende criteria leidend "lijken te zijn bij verloftoetsing, te weten: inhoudelijke samenhang en consistentie; een proportionele benadering die een voldoende behandeltempo garandeert; openheid over twijfels en onzekerheden bij de aanvrager en een duidelijke gerichtheid van de aanvrager op het individu."³³⁰ Ook gelden stringenter maatregelen bij overtreding van voorwaarden door een patiënt bij verlof of naar aanleiding van een ernstig incident. De jaren 2004/2005 zijn in dezen belangrijk. Naar aanleiding van een ernstig incident in mei 2004 volgt een motie van afkeuring voor de toenmalige minister, in juni 2005 na een ander ernstig incident een motie van wantrouwen (zie par. 3.1.3).

6.1.2 Wetgeving

In de artikelen 50 en 51 van de Bvt is het verlof geregeld. Artikel 50 lid 1 luidt: "Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de ter beschikking gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is hem tijdelijk de inrichting te doen verlaten, kan het hoofd van de inrichting voor verpleging van terbeschikkinggestelden, met machtiging van Onze Minister, de ter

³²⁸ Verlofregeling TBS 2010, nr. 5679537/10/DJL.

³²⁹ Hofstee 1987, p. 404, 405.

³³⁰ Nieuwsbrief AVT 2009 nr. 3, p. 5.

beschikking gestelde verlof verlenen zich al dan niet onder toezicht buiten de inrichting te begeven. Verlof kan omvatten een verblijf geheel buiten de inrichting.” Artikel 51 gaat in op het proefverlof en verloopt analoog, met dit verschil dat het verlof er nu op gericht is bij wijze van proef in de maatschappij terug te keren. De verdere toelichting staat in de andere leden en de verschillende regelingen. Het is belangrijk dat het criterium de veiligheid is en niet het terugbrengen van de stoornis, naast het delict en de veiligheid de noodzakelijke grond voor de oplegging van de terbeschikkingstelling. De behandeling van een terbeschikkinggestelde hoeft daarom niet noodzakelijkerwijs gericht te zijn op de stoornis, wat kan leiden tot een vertraagd behandeltraject.

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming schrijft dat klinieken onder maatschappelijke en politieke druk staan “om zo weinig mogelijk risico te nemen. Als dan de kliniek echter ieder risico wil uitsluiten, zal verlof te laat of helemaal niet worden verleend. Een dergelijk beleid valt eenzijdig in het nadeel van de patiënt uit, maar is ook in strijd met de aard van de maatregel terbeschikkingstelling, want de maatregel is erop gericht vroeg of laat tot resocialisatie te komen. Daarom vormt het tonen van enige durf in dit opzicht een aspect van goede bejegening.” en stelt vervolgens onder andere: “De inrichting verleent vrijheden voor zover, maar ook zodra de patiënt hiervan verantwoord gebruik kan maken”.³³¹

6.1.3 Sector brede maatregelen

Mede naar aanleiding van incidenten, de debatten daarover in de Tweede Kamer en de motie Weekers zijn de eisen aangescherpt en is tot een heroverweging van alle machtigingen besloten. De klinieken dienden voor 15 juni 2004 met een plan van aanpak te komen over de wijze hoe tot een heroverweging van machtigingen gekomen.³³² De heroverweging op basis van het Vernieuwd verlofbeleidskader TBS 2004 vond plaats op basis van een nieuw format. Tevens was het gebruik van risicotaxatie-instrumenten vanaf dat moment verplicht. Van de ruim duizend machtigingen zijn er 35 ingetrokken.³³³ De heroverweging in juni 2005 naar aanleiding van de onttrekking gevolgd door moord door patiënt S. heeft geleid tot het intrekken van 13 van de 84 machtigingen van de betreffende kliniek en continuering, al dan niet met aanvullende voorwaarden van de andere.³³⁴ In het najaar van 2006 vond naar aanleiding van een tweetal onttrekkingen waarvan één leidde tot drie ernstige delicten bij twee andere klinieken ook een heroverweging plaats.³³⁵

In 2005 is verder geregeld dat een verlofmachtiging slechts één jaar geldig is en dat een verlofmachtiging vervalt na een ongeoorloofde afwezigheid van 24 uur en/of wanneer de betreffende patiënt verdacht wordt van een strafbaar feit. Ook het overtreden van

³³¹ Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Goed bejegenen. Beginselen voor het omgaan met ingesloten*. Versie 2010, p. 72.

³³² TK 2003 – 2004, 29 452, nr. 7, Brief van de Minister van Justitie. Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 11 juni 2004.

³³³ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p.122 - 124.

³³⁴ TK 2004 – 2005, 29 452, nr. 37, Brief van de Minister van Justitie aan de Tweede Kamer, bijlage 1.

³³⁵ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p.128.

voorwaarden is een reden. Indien zich bij een kliniek een patroon van meerdere onttrekkingen of incidenten voordoet kan dit ook een reden zijn per inrichting of afdeling om verlofmachtigingen in te trekken. Met ingang van 1 januari 2011 is de regeling ingegaan waarbinnen het, uitzonderingen daargelaten, niet toegestaan is in het jaar na de onttrekking verlof aan te vragen (zie par. 5.3.6).³³⁶ Deze regeling kan gezien worden als het stroomlijnen van de heersende praktijk en een antwoord op de tot dan heersende ‘incidentpolitiek’.

6.1.4 Lerende verlofpraktijk

Genoemd incident op 7 juni 2005 leidt op 16 juni met spoed tot het besluit van de Tweede Kamer een parlementair onderzoek te verrichten met de vraag of het stelsel terbeschikkingstelling nog voldoet. Het eindrapport, genoemd naar de voorzitter Arno Visser, is 16 mei 2006 aangeboden. Een belangrijk thema daarin is de lerende verlofpraktijk, gericht op een “effectiever verlofbeleid met een daling van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten.” De commissie ziet dat een verlofpraktijk gebaseerd op risicotaxatie-instrumenten “betere en meer valide oordelen geeft dan het ongestructureerde oordeel vanuit de kliniek.” Erkend wordt dat “Verklaren op basis van bestaande empirische gegevens is nog niet hetzelfde als het voorspellen van de toekomst.” Zij ziet het daarom als “een publieke taak het onderzoek naar de risicofactoren door te zetten.”³³⁷ De Inspectie voor Sanctietoepassing adviseert in 2005 een duidelijke keuze te maken tussen een beperkte, procedurele en marginale toets of een meer inhoudelijke toets waarbij ook meer inhoudelijke expertise noodzakelijk is voor de beoordeling van iedere aanvraag voor een verlofmachtiging.³³⁸ Dit advies krijgt met ingang van 1 januari 2008 zijn antwoord in de aanstelling van het Adviescollege Verloftoetsing Terbeschikkingstelling (AVT). Voortbouwend op de lerende verlofpraktijk wil het adviescollege een ‘lerend adviescollege’ zijn.³³⁹

6.1.5 Verlofunit en Adviescollege Verloftoetsing TBS

De uitbreiding van de marginale toets door de verlofunit met een inhoudelijke door middel van het AVT heeft tot grote veranderingen geleid. De evaluatie door het WODC over het eerste jaar leidt onder andere tot de conclusie dat met het instellen van het Adviescollege Verloftoetsing TBS, met behoud van de ministeriële verantwoordelijkheid, de kwaliteit van de verlofbeslissingen zoveel mogelijk professioneel gewaarborgd wordt.³⁴⁰ Op basis van dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de beoordeling van verlofaanvragen procedureel, inhoudelijk en logistiek verbeterd is en vastgesteld kan worden dat het AVT een aantoonbare, essentiële bijdrage levert om het verlofsysteem veiliger te maken.³⁴¹

³³⁶ Art.17 Verlofregeling TBS.

³³⁷ Commissie Visser 2006, p. 120.

³³⁸ Inspectie voor Sanctietoepassing 2005, p. 46.

³³⁹ Adviescollege Verloftoetsing tbs, De lerende verlofpraktijk in de verloftoetsingscommissie, verslag seminar 21 november 2008, p. 6.

³⁴⁰ Koenraadt, Langbroek, Tigchelaar & Vander Velde 2010, p.108.

³⁴¹ TK 2010 – 2011, 29 452, nr. 135.

In de brief wordt samengevat hoe de verlofroute eruit ziet: “de behandelaars in het fpc bereiden de verlofaanvraag voor waarna de aanvraag wordt getoetst door de interne verlofcommissie van het fpc. De verlofaanvraag wordt vervolgens ingediend bij de Verlofunit van DJI, die een procedurele toets doet. De Verlofunit stuurt de aanvraag daarna door naar het AVT dat op grond van een inhoudelijke beoordeling adviseert over het al dan niet toekennen van een verlofmachtiging. De Verlofunit neemt hierover namens de Minister van Justitie een beslissing. Een negatief advies moet worden overgenomen, van een positief advies kan de Minister – op beperkte gronden – afwijken. Dit doet zich in de praktijk vrijwel niet voor.” Tevens spreekt de minister in de brief het voornemen uit de doorlooptijd exclusief de voorbereiding door de kliniek terug te brengen van 60 dagen tot zeven weken.

De norm van 60 dagen betekent in het geval een patiënt de vier achtereenvolgende machtigingen doorloopt, waarbij er vanuit gegaan moet kunnen worden dat de kliniek op het moment van aanvraag al vindt dat de behandeling geleid heeft tot een bij de machtiging passend verantwoord risico, het behandeltraject een vertraging oploopt van ongeveer vier maal twee maanden. Daar komt nog bij dat de toetsing gebaseerd moet zijn op een recente risicotaxatie. En die zal al opgesteld en vastgesteld moeten zijn voordat de kliniek de aanvraag van de machtiging bespreekt. Strikt procesmatig bezien leidt dat samen met de hierboven vastgestelde vertraging tot een vertraging van in totaal een anderhalf jaar.

Een belangrijke prestatie-indicator van het AVT is het percentage positieve adviezen aan de minister (zie tabel 18). Het AVT is in de jaarverslagen zeer nauwkeurig en uitgebreid als het gaat om toelichting bij de cijfers. Het belang van de ‘lerende verlofpraktijk’ zoals verwoord door de parlementaire commissie Visser wordt voorop gesteld.³⁴² DForZo kent een zogenaamd dashboard (zie par. 2.6.1) waarin een serie prestatie-indicatoren staan. De klinieken zijn in één vel verwerkt (met uitzondering van de betrokken kliniek anoniem), waardoor vergelijking goed mogelijk is, ook omdat er met gekleurde cellen wordt gewerkt. De indicator ‘Unit verlof: aangehouden/afgewezen verlofaanvragen bij AVT’ werd donker groen gescoord in het geval er sprake was van een zeer laag percentage afwijzingen en aanhoudingen. Bij een toenemend percentage veranderde de kleur via lichtgroen en oranje naar rood. FPC Oldenkotte scoorde als enige rood, te weten een percentage van 15,33% tegenover een gemiddelde van 10,07%. Na overleg is echter besloten dat de indicator feitelijk strijdig is met de doelstelling van de sector, namelijk zoveel mogelijk machtigingen op een verantwoorde manier realiseren, en dat doe je samen. De indicator is in het dashboard 2012 wel weergegeven, maar dan zonder kleur.³⁴³ FPC Oldenkotte scoorde daarin juist hoog. Bij een bezetting van 7,7 % van de totale capaciteit van de sector exclusief longstay realiseerde FPC Oldenkotte bijvoorbeeld over 2012 9,3 % van de nieuwe machtigingen.³⁴⁴

³⁴² Adviescollege Verloftoetsing TBS, Jaarverlag 2009 p.11, 12, 19.

³⁴³ Brief DforZo aan FPC Oldenkotte, Dashboard tbv jaarplangesprekken 25 november 2013.

³⁴⁴ Factsheet FPC Oldenkotte 2013, samengesteld na het voorgenomen besluit tot opheffing FPC Oldenkotte.

Tabel 18: Resultaten van de adviesaanvragen van de sector tbs bij het AVT

	2009	2010	2011	2012	2013
Toekenning van de aanvraag	87,2%	89,0%	89,4%	89,3%	88,0%
Afwijzing van de aanvraag	6,3%	5,5%	5,5%	5,9%	7,0%
Aanhouding van de aanvraag	6,5%	5,5%	5,1%	4,8%	5,0%

Bron: Jaarverslagen AVT

6.1.6 Activiteiten gerichte traditie

FPC Oldenkotte kent gezien vanuit het INK-perspectief een activiteitengerichte traditie (zie par. 4.1.1). De leidinggevende bepaalt wat de focus is, wat belangrijk is, waaraan gewerkt wordt en hoe. De focus wordt in de dynamische omgeving van de terbeschikkingstelling beïnvloed door ad hoc situaties. Er is een incident, er loopt iets vast, de wet vraagt wat, et cetera. In de wandelgangen wordt dan al snel gesproken als er iets vaker mis gaat en het opgepakt wordt in termen van ‘het kussen weer eens opschudden’ en dat gold zeker indien het aantal onttrekkingen te hoog opliep. Bouwen aan kwaliteit is in een dergelijke situatie lastig en de kwaliteit blijft afhankelijk van de aanwezige mensen. Dat is gebleken nadat de behandeltop van FPC Oldenkotte voor een groot deel was vertrokken en een keer nadat bij een reorganisatie de afdelingsleiding van de sociotherapie is weggereorganiseerd. De pieken in het gebruik van de separeer tijdens de beide crises maken dat duidelijk (zie grafiek 7, par. 5.3.1). De mate waarin het wiel weer opnieuw uitgevonden moet worden blijkt dan onverantwoord hoog.

6.1.7 Ontwikkeling verloftraject

In samenhang met de toenemende behandelduur is er onlosmakelijk sprake van een vertraagde verlofgang tijdens de behandeling. Het procentueel aandeel onbegeleid verlof binnen drie jaar na opname in een forensisch psychiatrisch centrum is tussen 1997 en 2005 in een haast lineaire lijn gedaald van ruim 50% naar ongeveer 15%.³⁴⁵ Over 2008 gemeten heeft 46% van de tbs-populatie geen machtiging.³⁴⁶ Behandelen en toetsen zijn binnen het primaire proces van de terbeschikkingstelling onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het verlof is een belangrijk middel voor de patiënt om te oefenen met het geleerde en voor de kliniek daarnaast ook om de vorderingen in de behandeling te toetsen. De verlopen van een patiënt dienen binnen de marge van de machtiging te vallen die aan de kliniek door de minister wordt verleend na advies gekregen te hebben van het Adviescollege Verloftoetsing TBS.

³⁴⁵ Inspectie voor Sanctietoepassing 2009, pagina 42.

³⁴⁶ Canton 2009, p 46.

6.1.8 Aanleiding ontwikkeling verlofmanagement

FPC Oldenkotte kende in 2008 een ernstige leiderschapscrisis die leidde tot het vertrek van de raad van bestuur. Er werd een directeur a.i. aangesteld.³⁴⁷ September 2008 vond tijdens een onbegeleid verlof een ernstig incident plaats. De verlofmarge was verkeerd gehanteerd. Het verlof overschreed de kaders van de machtiging en had zo niet plaats mogen vinden.³⁴⁸ Een machtiging transmuraal verlof waarin de basis van de vrijheden er uit bestond dat de patiënt naar een fpa doorgeplaatst kon worden, en de verloven volgens een stappenplan vanaf begeleid verlof opgebouwd dienden te worden was uitgelegd als een machtiging die onder andere ruimte bood om onbegeleid weekenden bij familie door te brengen. Ondanks het feit dat verloven elke dag in het kliniekbrede ochtendoverleg besproken werden heeft dit niet tot een signaal geleid. Dit is des te opmerkelijker daar het stappenplan door de kliniek zelf in de aanvraag van de machtiging was opgenomen.

Kort daarvoor had zich in 2007 ook een ernstig incident voorgedaan tijdens een verlof. Toen was sprake van een niet consistente hantering van de verlofmachtigingen gedurende het behandeltraject. Er vond met de patiënt tijdens zijn transmuraal verlof in plaats van twee evaluaties per week slechts één evaluatie per week plaats. Een ritme van twee evaluaties per week was door de kliniek in de aanvraag opgenomen als voorwaarde. De ontdekking van deze afwijking door een sociotherapeute leidde tot een bijstelling van het beleid maar niet tot overeenstemming met de patiënt en ook niet tot een directe interventie. Eerder speelde bij de machtiging onbegeleid verlof de voorwaarde dat de patiënt eerst zorgvuldig zou oefenen met onbegeleid verlof vanuit de kliniek. Na ontvangst van de machtiging is de patiënt echter een week later al naar de resocialisatie-afdeling overgeplaatst. Andere bevindingen waren dat dossiers onvoldoende gevuld waren en van onvoldoende kwaliteit. Het proces van besluitvorming was in de behandelbesprekingen niet goed terug te vinden. Behandelplannen waren tevens in onvoldoende mate actueel en doelgericht. Na de ontvangst van de verlofmachtigingen vond geen besluitvorming plaats over de mate waarin de machtigingen gebruikt zouden gaan worden, anders gezegd wat de vrijheden van de patiënt zouden zijn.³⁴⁹

Bovenstaande maakte, los van de opgelegde opnamestop, duidelijk dat FPC Oldenkotte het proces van aanvraag tot en met de evaluatie van de verloven en de bewaking onvoldoende beheerste en een verbeteractie nodig was. Dit wordt in de sector terbeschikkingstelling ook wel verwoord door aan te geven dat de forensische scherpste (een werkwijze die is gericht op het signaleren van mogelijke risico's in het bijzonder gerelateerd aan verlof) onvoldoende is.³⁵⁰ De hantering van het onderscheid tussen de verlofmachtiging, de daarvan afgeleide vrijheden en de daarvan weer afgeleide verloven sprong er als probleem uit. Ook was de beperkte actualiteit en kwaliteit van de behandelplannen een knelpunt aangezien in een behandelplan de neerslag terug te vinden dient te zijn van de

³⁴⁷ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2008, par. 3.1.1, 3.3.2.

³⁴⁸ Inspectie voor Sanctietoepassing 2008, p. 6.

³⁴⁹ Inspectie voor Sanctietoepassing 2007, p. 18 – 24; Goosensen & Caglayan, *Oldenkotte. Intern onderzoek*, 27 maart 2007, p.10.

³⁵⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 24 587, nr. 572, p. 9.

besluitvorming rond het verlof en de voorwaarden daartoe. En verder was een eenduidige regie onvoldoende terug te vinden en werd de verlofgang onvoldoende kritisch gevolgd.

6.2 Concept verlofmanagement

Een van de eerste interventies van de directeur a.i. na de leiderschapscrisis was het versterken van het leiderschap per afdeling. Per afdeling sociotherapie is een teamleider aangesteld die samen met een afdelingspsycholoog (later behandelingscoördinator) duaal leiding diende te geven aan de afdeling. De teamleiders kwamen te vallen onder de manager sociotherapie. De behandelingscoördinatoren zijn na aanstelling verdeeld onder drie hoofden behandeling. Deze interventie had direct effect op de ontwikkeling van bijvoorbeeld het ziekteverzuim en het klimaat in de kliniek. Het verzuim van de sociotherapie daalde van 12,5% over 2008 naar 6,7% over 2009 waarbij de positieve ontwikkeling nader geïllustreerd wordt door een verzuim van 5,1% over december 2009.³⁵¹ Zoals het beschreven incident uit 2008 aantoont heeft het niet vanzelfsprekend geleid tot meer kennis en een verbeterde werkwijze op het vlak van het verlofmanagement en daarmee de forensische scherpste. In de volgende paragrafen wordt de invoering van het concept verlofmanagement, de invoering en de kaders beschreven. Ook is er aandacht voor de hantering van het concept in de praktijk.

6.2.1 Invoering verlofmanagement

In eerste instantie is in september 2008 het concept verlofmanagement vormgegeven door de belangrijke stappen in een stroomschema op één A4 te plaatsen. Enerzijds kent het eerste concept een zeer korte ontwikkelduur. Snelheid was gezien de crisissituatie geboden, de vraag of het verantwoord was FPC Oldenkotte te handhaven was gesteld. Aan de andere kant is het concept gebaseerd op ideeën die in aanloop gedurende meerdere jaren gevormd zijn en tot op zekere hoogte in de praktijk getoetst.³⁵²

Het organiseren van ‘betrokken afstand’ is in het concept van essentieel belang en leidend. De jaren dat ik afdelingshoofd sociotherapie was werkte ik als eenhoofdige leiding samen met een hoofd behandeling. In de afstemming heb ik hem bewust (overigens in goede samenwerking) vanwege de aanzuigende kracht zich direct met de behandeling van de patiënten, de sociotherapie en met de patiënten te bemoeien, op afstand gehouden. De motivatie was dat hij anders minder waardevol was, afstand nodig was om de reflectie gaande te houden vooral op momenten dat ik en het behandelteam meegesleept zouden kunnen worden door mogelijke pathologische dynamiek in de afdeling. De kracht van deze door persoonlijkheidsstoornissen, groepsvorming en communicatiepatronen gevoede dynamiek is groot. Het behandelteam kan bijvoorbeeld vluchten in het aangaan van bondjes ofwel een symbiotische dynamiek, in het zich afhankelijk maken van een leider of

³⁵¹ Bron: Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2009.

³⁵² A. Goosensen. In de periode als leidinggevende van de sociotherapie werd bijvoorbeeld de actualiteit van de behandelplannen en de vrijhedenplannen van alle patiënten bewaakt door een presentatie in het multidisciplinair team dat wekelijks bij elkaar kwam. Na afloop van de vergadering werden de vrijheden, samengevat op één A4, door het hoofd behandeling vastgesteld en ondertekend.

in het splitsen van goede en slechte teamleden als uiting van een bij een symbiotische dynamiek passende vorm van diskwalificatie.³⁵³ De periode als operationeel manager kenmerkte zich door een korte afstand tussen het hoofd behandeling en de sociotherapie en de patiënten. Toen vervulde ik mijn rol vanuit de betrokken afstand (zie ook bijlage VI, waarbij de operationeel manager de procesleider is en het hoofd behandeling de projectleider). Het ging er bij de ontwikkeling van het verlofmanagement dus om een bij de organisatie passende vorm van betrokken afstand te vinden, de keuze voor een bepaalde functionaris hoefde niet bij voorbaat vast te liggen.

Andere belangrijke thema's in het concept zijn een heldere regie door het hoofd behandeling, de mobilisatie van alle professionals als het gaat om het kritisch volgen van de verlopen, een systematische agendering van de verlofgang vanuit de perspectieven behandeling, beveiliging en rechtspositie, en daarbij ondersteund door overzichten en expliciete besluitvorming. Ook worden eisen gesteld aan beslisregels, overleggen als de multidisciplinaire bespreking mogen op bepaalde punten niet gepasseerd worden. Deze eisen zijn zoveel mogelijk ook technisch ingebouwd. Zo kan een patiënt bijvoorbeeld geen vrijheden krijgen indien er geen actueel behandelplan ingevoerd is in MITS, en dus ook geen verlopen.

De organisatiestructuur rond de afdeling en patiënten bestond uit een behandelingscoördinator (vanaf het moment van invoering van het concept verlofmanagement was nog kort sprake van een afdelingspsycholoog in plaats van een behandelingscoördinator) die hiërarchisch onder een hoofd behandeling viel en een teamleider die onder de manager sociotherapie (later manager sociotherapie en beveiliging) viel. Het hoofd behandeling had de verantwoordelijkheid voor drie of vier afdelingen. De teamleider en de behandelingscoördinator werkten vanuit het concept van duaal leiderschap. Gezien de caseload van het hoofd behandeling en de positionering van de afdelingspsycholoog/behandelingscoördinator, was het vanzelfsprekend de rol van betrokken afstand bij het hoofd behandeling te leggen.

De uitgangspunten van het verlofmanagement zijn vertaald in verschillende cycli (zie bijlage III). De basis van het geheel is de behandelplanbespreking (BPB). Deze dient het vertrekpunt te zijn bij elke verlofaanvraag. De rechter kolom leidt vervolgens via de Interne verloftoetsingscommissie en de Verlofunit met de Adviescommissie Verloftoetsing TBS (AVT) tot de eventuele verlening of verlenging van een machtiging. Parallel daaraan loopt de lijn waarin de behandelingscoördinator het behandelplan opstelt, overeenstemming zoekt met de patiënt, waarna het hoofd behandeling het behandelplan in MITS vastlegt, waarbij het behandelplan ook de voorgenomen vrijheden bevat. Na ontvangst van de machtiging vraagt de behandelingscoördinator in het wekelijks multidisciplinaire team advies over de welke vrijheden op basis van de machtiging verleend kunnen worden. Het hoofd behandeling heeft vervolgens een eigen verantwoordelijkheid in hoeverre hij hierin meegaat en voert de vrijheden dan al of niet in MITS in. Op dat moment komen de

³⁵³ Van den Berg 2003, p. 466.

verschillende lijnen samen, elke lijn is essentieel en een voorwaarde. Op basis van deze vrijheden kan de sociotherapie dan verlopen plannen.

In het grijze vlak (zie bijlage III) vindt de beoordeling van de geplande verlopen plaats. Allereerst in de driehoek van hoofd behandeling, behandelingscoördinator en teamleider. Op basis van de verschillende overzichten volgen het avondhoofd (DDM), het hoofd behandeling in de bereikbaarheidsdienst (BD), teamleider (TL), zorgplanner (ZP, mentor) en andere sociotherapeuten/behandelaren de verlopen. Indien het voorbespreken – hiervoor is later een checklist ontwikkeld – geen tegenindicaties oplevert en iedereen verder akkoord is kan het verlof plaatsvinden. Een laatste controle voor vertrek vindt plaats door de receptie en beveiliging (R&B). Indien het verlof niet geregistreerd staat wordt de patiënt niet buitengelaten. De receptie en beveiliging registreert de vertrektijd en het tijdstip van terugkomst.

Mocht er een incident plaatsvinden of sprake zijn van misbruik van verlof, of is op basis van de overwegingen in het grijze vlak besloten het verlof niet door te laten gaan, dan wordt door de driehoek besloten of dit om een dermate ernstige situatie gaat dat het intrekken van de vrijheden nodig is. Het hoofd behandeling sluit dan de vrijheden in MITS af. Verlopen zijn daarna niet meer te plannen. Het verlies van de vrijheden kan vervolgens niet anders hersteld worden dan na overleg in het multidisciplinaire team (MDT, linker lijn). Tevens dienen de vrijheden van de patiënten die op een afdeling van FPC Oldenkotte verpleegd worden elke week in het multidisciplinaire team beoordeeld te worden, de transmurale verlopen van de patiënten bij onderaannemers of die zelfstandig wonen elke vier weken en de proefverlofgangers elke twee maanden op basis van de periodieke rapportage van de reclassering (kolom links boven). De stappen zijn verwerkt in de respectievelijke agenda's en worden ondersteund door overzichten.

De nieuwe directie a.i. heeft het concept verlofmanagement overgenomen en onmiddellijk ingevoerd. De monitoring vindt de eerste tijd vooral plaats door op basis van overzichten de actualiteit van de behandelplannen in MITS te volgen, later aangevuld met meerdere overzichten. Na enige tijd loopt het aantal afwijkingen terug tot een paar procent. De Inspectie voor de Sanctietoepassing spreekt in mei 2011 haar waardering uit over het verlofmanagement. Zij ziet een veel strakkere monitoring van de daadwerkelijke verlofuitvoering.³⁵⁴

6.2.2 Basisprincipes verlofmanagement

Bij het ontwerp van het verlofmanagement is rekening gehouden met de hiervoor genoemde thema's. Het proces is zo ontworpen dat er een proces ontstaat van elkaar ondersteunende activiteiten. Deze activiteiten zijn ook te zien als een serie van elkaar opvolgende en ondersteunende filters. Wat de één niet signaleert doet de ander wel. Behandelinhoudelijk verandert er niets. De op deze manier ingebouwde multi-check leidt dan tot een hoge veiligheidsmarge. De multi-check is belangrijk omdat een

³⁵⁴ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2011, p.39.

functioneringseis op medewerker niveau altijd een 100% juiste inschatting te maken niet realistisch is.

Hieronder volgen de belangrijkste organisatorische uitgangspunten van de bouwstenen:

- Het hoofd behandeling heeft de regio, onder andere door de autorisatie vrijheden in het elektronisch informatiesysteem MITS vast te kunnen leggen en zo nodig in te trekken. Zonder vrijheden in MITS is het niet mogelijk verlopen te plannen. En zonder geregistreerd verlop kan een patiënt niet de kliniek uit. De behandelingscoördinator is daarbij verplicht voordat de vrijheden worden verleend, hetzij na toekenning van de machtiging of na intrekking van de vrijheden, de multidisciplinaire vergadering te raadplegen en het voorstel voor te leggen aan de collega's van de driehoek, te weten het hoofd behandeling en de teamleider.
- De driehoek neemt binnen dit proces en daarmee in de gehele behandelstructuur een centrale positie in. Essentieel voor het kritisch volgen van de vrijheden en verlopen is de 'betrokken afstand' van het hoofd behandeling. Om die 'betrokken afstand' te kunnen waarmaken dient het hoofd behandeling niet met de voeten in de dagelijkse behandelpraktijk te staan en een case-load te hebben die hem in staat stelt de patiënten en hun risico's goed te kennen.
- De mobilisatie van alle professionals is essentieel, iedereen kijkt mee en wordt in de gelegenheid gesteld mee te kijken en aan de bel te trekken. Hiertoe zijn na de invoering verschillende soorten overzichten op maat ontwikkeld voor de driehoek, de bereikbaarheidsdienst, het multidisciplinaire team en het management. Ook zijn de overzichten standaard op de agenda van de verschillende overleggen geplaatst. Goede voorbeelden zijn het maandelijks overzicht waarin gegroepeerd per afdeling van alle patiënten de machtiging, vrijheden en gepraktiseerde verlopen met elkaar geconfronteerd worden (zie tabel 19) en het overzicht dat de actuele vrijheden in tekst bevat zoals door het hoofd behandeling in MITS is vastgelegd, in combinatie met de machtiging en de daaronder vallende vrijheden met de verlofduur (zie tabel 20). De confrontatie in het voorbeeld van tabel 19 leidt tot de conclusie dat de verlopen passen binnen de vrijheden en deze binnen de machtigingen, en dat de vrijheden en het verlop van de patiënt met een machtiging transmuraal verlop niet ingevoerd zijn. In het voorbeeld van tabel 20 bestaat een beperking eruit dat de begeleiding uitgevoerd dient te worden door een man. Indien het een patiënt niet toegestaan is vanwege het slachtofferbelang in een bepaalde regio op verlop te gaan, dan dient dat ook in de tekst van de vrijheden vermeld te staan. Het eerste overzicht stond als bijlage van de analyse en verwerkt in de managementinformatie in de overleggen van teamleiders, managementteam, commissie van toezicht en raad van toezicht standaard maandelijks op de agenda, het tweede wekelijks in het multidisciplinaire overleg.
- Zonder behandelplan is het niet toegestaan dat een patiënt op verlop gaat. In MITS zijn de afhankelijkheden zo gebouwd dat zonder machtiging geen vrijheden ingevoerd kunnen worden en zoals hierboven al is vermeld de sociotherapie zonder vrijheden geen verlop kan plannen.

- De 's avonds in de kliniek aanwezige bereikbaarheidsdienst legt de indrukken uit de dienst naast de dagelijks verspreide verloflijs van de volgende dag en geeft het hoofd behandeling in de bereikbaarheid advies betreft een mogelijk problematisch verlof.
- 's Ochtends passeren de geplande verloven het ochtendoverleg waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd.
- Het verlof wordt door patiënt en sociotherapeut voorbesproken.
- De receptie voert de werkelijke verloftijden in. Staat een verlof niet gepland in MITS, dan kan er geen tijd geregistreerd worden en komt een patiënt niet de kliniek uit. Ook vindt daar de controle op contrabande plaats.

Tabel 19: De confrontatie van de verlofmarges met de actuele vrijheden en de verloven over de afgelopen week (7 juni 2012 FPC Oldenkotte, maandelijkse steekproef)

<i>Afd</i>	<i>Pt</i>	<i>Marge</i>	<i>Vrijheid</i>	<i>Duur</i>	<i>Beg</i>	<i>Dubbel</i>	<i>Bev</i>	<i>Onbeg</i>	<i>Tmv</i>
<i>I-B</i>									
	X	Tmv	Onbegeleid	Kort				2	
	X								
	X	Beg	Begeleid	Kort	3				
	X								
	X	Beg	Begeleid	Kort					
	X	Onbeg							
	X								
	X	Begel	Beveiligd	Kort			1		
	X								
	X								
	X	Begel	Beveiligd	Kort			1		
<i>I-B tmv</i>									
	X ¹	Tmv							
<i>Iemenhuve</i>									
	X	Onbeg	Onbegeleid	Kort				5	
	X	Beg	Begeleid	Kort	1				
	X	Beg	Begeleid	Kort	2				
	X	Beg	Begeleid	Kort	1				
	X								
<i>I-A</i>									
	X	Onbeg	Begeleid	Kort	2				
	X								
	X	Beg	Dubbel begel	Kort			1		
	X	Tmv	Onbegeleid	Kort				1	

¹ De grijze cel geeft aan dat er sprake is van een knelpunt. Hier blijkt dat de vrijheden, de maximale duur van vrijheden en het verlof van de patiënt niet zijn geregistreerd

Bron: MITS

Tabel 20: Weekoverzicht van de vrijheden ten behoeve van het multidisciplinair team

Verlofmanagement: Overzicht verlofbeleid op patiëntniveau 23 januari 2012						
Afdeling	Beschrijving vrijheden					
	Patiënt		Machtiging	Vrijheid		Verlofduur
I-A						
	U	begeleid, kort overdag. Incidenteel onbegeleid				
			onbegeleid	begeleid		kort, overdag
				onbegeleid		kort, overdag
	V	begeleid verlof				
			onbegeleid	begeleid		kort, overdag
I-B						
	W	beveiligd verlof, kort overdag				
			begeleid	beveiligd		kort, overdag
	X	naast begeleid verlof heeft pt. per 4 aug. 2011 ook onbegeleid verlof				
			onbegeleid	begeleid		kort, overdag
				onbegeleid		kort, overdag
	Y	begeleid verlof				
			begeleid	begeleid		kort, overdag

Bron: MITS

6.2.3 Kaders van het verlofmanagement

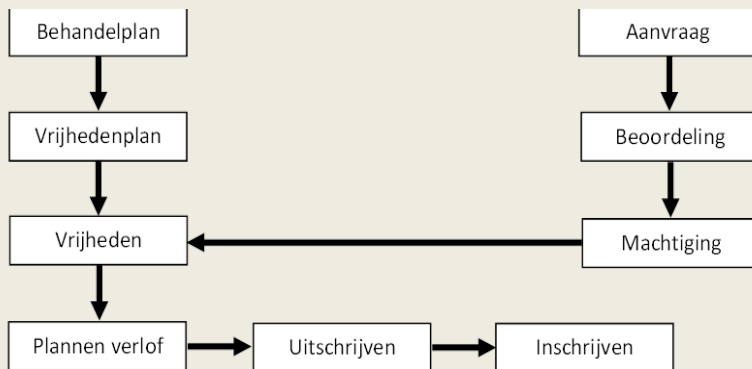
Er is de multidisciplinaire behandelbespreking. Ook komt elke week het behandelteam van de afdeling bij elkaar. Intern onderzoek naar aanleiding van een eerder genoemd incident maakte duidelijk dat in de behandelplanbesprekingen geen echte cyclus was terug te vinden of een heldere besluitvorming. Een andere bevinding was dat na ontvangst van de machtiging geen multidisciplinaire besluitvorming plaatsvond over de mate waarin de machtigingen gebruikt zouden worden. Er werd nauwelijks of geen onderscheid gemaakt tussen machtigingen, vrijheden en verloven.³⁵⁵ Extern onderzoek naar aanleiding van een volgend incident kende de bevinding dat de verlofpraktijk ernstige tekortkomingen kende. De interne procedure voor het multidisciplinair aanvragen van verloven en de voorgeschreven toets hierop vertoonden de nodige hiaten. En in relatie tot het overschrijden van de kaders van de verlofmachtiging werd gewezen op een niet goed

³⁵⁵ Goosensen & Caglayan, Oldenkotte. *Intern onderzoek*, 27 maart 2007, p. 8, 10.

functionerende communicatie- en organisatiestructuur binnen FPC Oldenkotte.³⁵⁶ Voor een verantwoorde en breed gedragen besluitvorming zijn echter heldere beslisregels en stappen nodig. In de volgende punten worden de uitgangspunten die in het schema van het verlofmanagement (zie bijlage III) en in de later gevolgde procesbeschrijving van het verlofmanagement³⁵⁷ waren verwerkt toegelicht:

- Helder onderscheid tussen machtiging, vrijheden en verlof. De vrijheden zijn te zien als de lokale machtiging binnen de verlofmachtiging die door de verlofunit op gezag van de minister is verleend. De vrijheden kunnen beperkt worden, ingetrokken of bijvoorbeeld stapsgewijs uitgebreid.
- Bij een incomplete keten ‘actueel behandelplan, vrijhedenplan, vrijheden’ of de afwezigheid van een machtiging, alles vast te leggen in MITS, geen verlof. De afhankelijkheden kennen in MITS een technische vertaling (zie figuur 2) die gemonitord wordt. Een beperking was dat de verlofaanvraag in MITS niet afhankelijk was van de invoer van een behandelplan.

Figuur 2: Technische structuur van MITS ten behoeve van het verlofmanagement



³⁵⁶ Inspectie voor Santietoepassing 2008, p. 6.

³⁵⁷ A. Goossens, Procesbeschrijving verlofmanagement, juni 2010.

- De aanvraag van de machtiging in de interne verloftoetsingscommissie komt voort uit de behandelplanbespreking. Het behandelteam dient geraadpleegd te zijn.
- Elke eerste toewijzing van vrijheden vindt pas plaats na raadpleging van het wekelijkse multidisciplinair overleg. Dit geldt tevens voor uitbreiding van de vrijheden.
- De patiënten met transmuraal verlof die zelfstandig wonen of in een instelling – een zogenaamde onderaannemer – verblijven, krijgen dit verlof voor de duur van vier weken, ondanks het feit dat zij tussendoor niet terugkomen in de kliniek. Elke vier weken wordt dan na een expliciete evaluatie in het multidisciplinair team weer een nieuw verlof aangemaakt.
- Na een ingetrokken verlof of incident wordt door de driehoek hoofd behandeling, behandelingscoördinator en teamleider een besluit genomen of de vrijheden ook ingetrokken worden. Is dat het geval, dan worden de vrijheden weer verleend niet dan na raadpleging van het multidisciplinair team.
- Resultaten en proces zijn met behulp van de maandelijkse managementinformatie tot en met de raad van toezicht en de commissie van toezicht inzichtelijk.

De combinatie van het processchema, de beschrijving van het verlofmanagement, de zekeringen in MITS en de ondersteuning door stuur- en managementinformatie boden de faciliteiten en basiskennis om tot een breed gedragen en uitgevoerde verlofpraktijk te komen, met als doelstelling een hoge mate van forensische scherpste te bereiken, en daarbij de door-, en uitstroom te verbeteren.

6.2.4 Regie verlofmanagement en de monitoring

Een belangrijk onderliggend resultaat bestond er uit dat vastgesteld kon worden of elke patiënt nu ook feitelijk een behandelplan had dat elk half jaar geactualiseerd werd en er geen patiënten meer op verlof konden zonder dat in de behandelplanbespreking over de vrijheden voor de komende periode was nagedacht. De actualiteit van de behandelplannen werd elke maand met behulp van een standaardoverzicht van de behandelplannen gecontroleerd (zie bijlage VII). De resultaten zijn elke maand op afdelingsniveau en patiëntniveau in de managementinformatie verwerkt. Een ander gevolg was dat de aanvraag van de machtigingen multidisciplinair gedragen was.

De vrijheden³⁵⁸ werden binnen de ruimte die de machtigingen boden vastgesteld in het multidisciplinaire teamoverleg en daar tevens op basis van de agenda wekelijks gemonitord. Verder werden de geplande verlopen met behulp van overzichten uit MITS wekelijks expliciet door het hoofd behandeling samen met de behandelingscoördinator en de teamleider sociotherapie beoordeeld en dagelijks door het avondhoofd in de

³⁵⁸ Vrijheden: Door het forensisch psychiatrisch centrum aan de verpleegde verleende samenstel van verlofmogelijkheden, dit binnen de ruimte die de verlofmachtiging biedt.

bereikbaarheidsdienst. Het dagelijkse verlofoverzicht werd in de multidisciplinaire kliniekbrede ochtendbespreking gelegd naast de dagrapportage en actuele verlofplannen van de afdelingen. De sociotherapie en andere professionals op de werkvloer droegen daardoor actief bij aan de kwaliteit van de uitvoering van het verlofmanagement. Belangrijk was ook zoals eerder aangegeven dat een verlof technisch niet in het informatiesysteem ingevoerd kon worden zonder dat het hoofd behandeling het behandelplan, het vrijhedenplan en de vrijheden van de patiënt had vastgelegd. En zonder deze registratie kwam de patiënt niet voorbij de receptie die de werkelijke verloftijden in het systeem registreerde. Het hoofd behandeling ging nu niet alleen over het verlof, maar had ook de regie.

Na een periode waarin door een enkeling weerstand tegen het proces verlofmanagement geboden werd, er geklaagd werd over extra werk vanwege de registraties en er eerst nog gebrek aan kennis was op het gebied van het spel tussen machtiging, vrijheden en verloven wilden de hoofden behandeling hun rol in het proces niet meer kwijt en was de multidisciplinaire ondersteuning sterk. Het is dan een vanzelfsprekendheid dat de hoofden behandeling nu ook onderdeel zijn van het proces, daarin ook hun taak hebben en uitvoeren.

In de loop van 2012 werd op basis van de managementinformatie duidelijk dat sprake was van een teruglopende zorgvuldigheid bij de uitvoering en de handhaving van het proces. DForZo stelde tijdens het jaarplangesprek in oktober 2012 tevens dat zij de indruk hadden dat de forensische scherpste afnam. Het aantal afwijkingen als bijvoorbeeld niet ingevoerde vrijheden dat uit de confrontatie tussen de verlofmarges, vrijheden en verloven in MITS volgde, steeg vooral wat betreft de transmurale verloven. De afwijkingen die vermeld stonden in de managementinformatie werden maanden achtereen niet gecorrigeerd. Ook steeg het aantal niet actuele behandelplannen. Eind 2012 is het overzicht van de behandelplannen niet meer in het managementoverzicht opgenomen bij gebrek aan voldoende betrouwbare informatie.

Kijkend naar de essentiële bouwstenen van het concept verlofmanagement heeft er vanuit de organisatie een beweging plaatsgevonden waarin de kracht van de driehoek en het multidisciplinair team uitgehold raakte. Van de drie hoofden behandeling is één het voorjaar 2012 vertrokken en niet vervangen. Een ander hoofd behandeling is benoemd als eerste geneeskundige en heeft daardoor uren als hoofd behandeling ingeleverd. Deze beweging valt samen met een organisatieverandering waarin de leiding van de behandeling terecht zou moeten komen bij één manager behandeling. Daarmee is echter gaandeweg de betrokken afstand uitgefaseerd. Een manager behandeling is wellicht in staat hiërarchisch leiding te geven aan een tiental behandelingscoördinatoren, maar niet in staat om de behandeling, en daarbij vooral de veiligheidsrisico's, adequaat en 'realtime' te volgen, laat staan tijdig te interveniëren.

In het kader van de DBBC-productstructuur is meer de nadruk op de productie van de behandelaars gekomen. Hierdoor is de aanwezigheid van de behandelaar in het multidisciplinair team onder druk komen te staan. Er moest verdiend worden en de

aanwezigheid in een overleg als het wekelijkse multidisciplinair team waar stelselmatig ook het verlofmanagement op de agenda staat, leverde weinig op. Ook is de structuur van de case-load van de individueel traject begeleider (ITB) veranderd. Was deze eerder verbonden aan de patiënten van een afdeling en daarmee aan een team, later bleef deze de patiënt vanaf opname tot uitstroom volgen. De ITB'er ging op indicatie naar een multidisciplinair team, gericht op de 'eigen' patiënt en niet gericht op de afdeling. Uiteindelijk bleek het MDT in feite vooral een teamoverleg te zijn van de sociotherapie.

Een in maart 2013 aangepast schema van het verlofmanagement dat ontworpen was om de posities van de leidinggevenden binnen het verlofmanagement zo te herschikken dat de toename van de kwetsbaarheid van het proces door de organisatieverandering geminimaliseerd zou worden, is nog wel in het managementteam besproken, maar vanwege de impact op verantwoordelijkheden en het besluit FPC Oldenkotte te sluiten uiteindelijk niet meer doorgevoerd.

6.2.5 Intrekken verloven

Een steekproef om zicht te krijgen op de mate waarin en op basis waarvan geplande verloven ingetrokken werden leverde op dat tussen 9 oktober en 3 november 2011 24 verloven zijn ingetrokken waarvan zes op basis van het initiatief van een patiënt. Een verslechterde psychische toestand en middelengebruik waren de belangrijkste aanleidingen. In die periode zijn 780 verloven wel doorgegaan.³⁵⁹

6.2.6 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie

Het is belangrijk op te merken dat de registraties geen doel op zich waren maar opgezet waren om te helpen alle belangrijke stappen zorgvuldig te nemen. De registratie en uitvoering van de respectievelijke stappen liep echter niet altijd probleemloos.

Het kwam voor dat een patiënt geen actueel behandelplan had en derhalve op basis van het beleid niet op verlof mocht. Dit probleem werd dan met spoed opgelost door de aanmaak van een nieuw behandelplan, maar ook wel door de invoer van een behandelplan dat alleen technisch bestond wat betekende dat het dan ingevoerde behandelplan leeg was of dat in de tekst stond dat het vorige nog geldig was (bron: MITS). De verdere stappen van het verlofmanagement (zie bijlage III) konden vervolgens gevolgd worden alsof de patiënt een actueel behandelplan had.

Een ander aandachtspunt was dat de verlofplanning voor de zekerheid ruim genomen werd, niet met de intentie dat een patiënt langer dan toegestaan op verlof kon, maar om de personeelsplanning makkelijker op het verlof te kunnen afstemmen. Een dergelijke constructie gaat echter ten koste van de mogelijkheden voor de receptie (openstaande verloven in MITS) en de DDM in de bereikbaarheidsdienst (overzicht geplande verloven van de dag) tijdig een afwijking van het verlof te signaleren.

³⁵⁹ De steekproef bestond uit de raadpleging van de notulen van de ochtendbespreking. Om het aantal gerealiseerde verloven te bepalen is MITS geraadpleegd.

Een hardnekkig knelpunt was de procedure rond de patiënten met transmuraal verlof die bij een onderaannemer verbleven. De hiervoor ontworpen behandelcyclus was regelmatig slecht terug te vinden, wat effect had op de kwaliteit of aanwezigheid van de registraties.

Het invoeren van de stappen in MITS vereist een goed functionerend netwerk. Nadat de stichting Oldenkotte in de zomer van 2012 ontkoppeld was van het justitiernetwerk en geïntegreerd met dat van Dimence heeft het netwerk een jaar lang onvoldoende gefunctioneerd (Bron: I&A). De hoofden behandeling werden tijdens hun werk in MITS geconfronteerd met vertraging en uitval waardoor de benodigde inspanning om de regie zorgvuldig te blijven nemen verhoogd werd.

6.3 Metingen aan de verloven

Om zicht te krijgen op de effecten van de invoering van het verlofmanagement zijn de ontwikkelingen van de verlofpraktijk vanuit verschillend perspectief gemeten. De ontwikkeling van het aantal verlofmarges in totaal en per soort ten opzichte van het aantal patiënten is mogelijk een belangrijke indicatie voor een eventuele vertraging of versnelling van de behandeling. Een aandachtspunt is dat er geen sprake is van een stabiele in- en uitstroom van patiënten. Het is ook interessant te weten hoeveel verloven plaatsvinden en om welke soorten verlof het gaat. Dit overzicht levert mogelijk een eerste indicatie op over hoeveel verloven gemiddeld per verloffase nodig zijn. Verder wordt gekeken naar mogelijke effecten van het beleid de behandelduur te verkorten op indicatoren die de gerealiseerde verlofmachtigingen meten. Ook wordt nagegaan of de interventies mogelijk van belang zijn voor de sector.

6.3.1 Ontwikkeling verlofmarges

De ontwikkeling van het aantal verlofmarges beweegt, met vertraging vanwege de periode na opname zonder machtiging, in een stabiele situatie met die van het aantal opgenomen patiënten mee. Dit patroon is echter pas herkenbaar vanaf 2006 (zie tabel 21 en grafiek 11). Daarvoor is er een andere dynamiek zichtbaar. Het totale aantal machtigingen bleef tot 2006 redelijk stabiel. Dit gold ook voor het aantal machtigingen begeleid verlof, dit ondanks de sterke stijging van het aantal patiënten. Het aantal machtigingen onbegeleid verlof daalde echter sterk. Hierbij speelt mee dat vanaf 2005 het woonverlof vervangen is door de machtiging transmuraal verlof (in de grafiek is woonverlof gelijkgeschakeld met transmuraal verlof). Een woonverlof speelde geen rol als machtiging om geplaatst te kunnen worden in een resocialisatieafdeling, daarvoor werd apart toestemming gevraagd. De machtiging transmuraal verlof kent deze functie wel. Hierdoor zijn de machtigingen onbegeleid verlof van patiënten in resocialisatie afdelingen vervangen door machtigingen transmuraal verlof. Het woonverlof ging pas in op het moment dat een patiënt zelfstandig of in een andere instelling ging wonen. Ook was het woonverlof beperkt tot drie maanden met de mogelijkheid van verlenging tot zes maanden. Dit gold niet voor de machtiging transmuraal verlof. Dit kan ook een reden zijn van de stijging van transmuraal verlof.

De stijgende beweging van de machtiging transmuraal verlof is dus niet per definitie strijdig met de andere trends. Aan de trend van proefverlof is moeilijk een betekenis te

geven aangezien er in de loop van de tijd een sterke beweging is geweest om de fase van het proefverlof over te slaan en aansluitend aan het transmuraal verlof de rechter een voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling te adviseren. De eerder beschreven crisisachtige dynamiek in de sector rond 2005 waarbij sprake is van een hoge mate van incidentpolitiek en heroverwegingen van machtigingen is in de grafiek herkenbaar aan de dalende trend van het totaal aantal machtigingen vanaf einde 2004 tot einde 2006.

Tabel 21: Bedbezetting van de sector tbs en het aantal machtigingen einde van het jaar

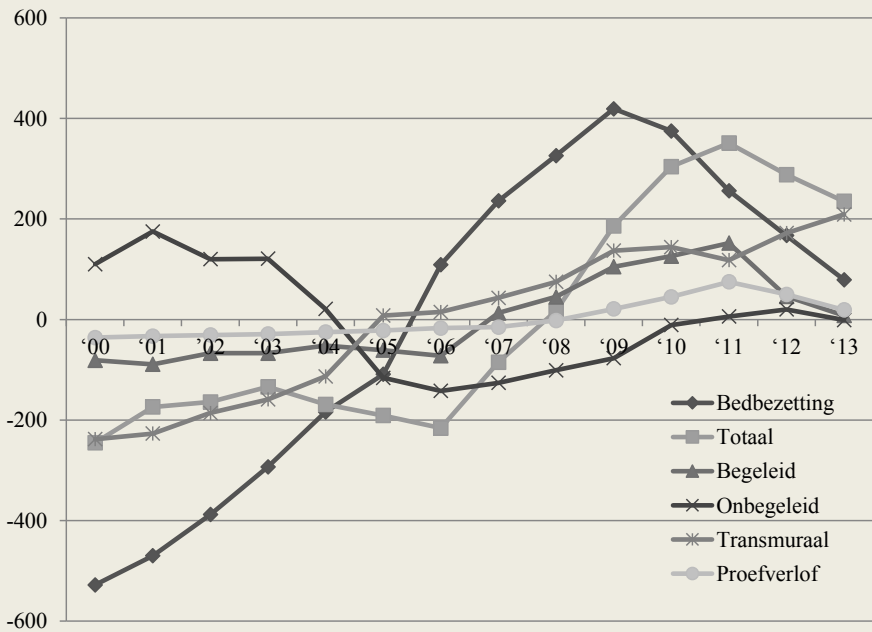
Einde jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bedbezetting sector tbs	1050	1108	1190	1285	1394	1469	1687
Totaal machtigingen	662	733	743	773	738	716	691
Begeleid verlof	250	245	267	269	283	277	266
Onbegeleid verlof	378	430	381	389	299	168	142
Transmuraal verlof	6	11	19	40	113	251	259
Proefverlof	5	8	10	12	16	19	24
Semi-begeleid verlof	16	29	23	16	6	0	0
Groepsverlof	7	4	4	2	3	0	0
Woonverlof	0	6	39	45	18	1	0

Einde jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bedbezetting sector tbs	1814	1904	1997	1953	1834	1745	1657
Totaal machtigingen	822	924	1093	1211	1258	1195	1142
Begeleid verlof	351	383	443	464	490	384	346
Onbegeleid verlof	158	183	207	273	290	304	283
Transmuraal verlof	287	319	381	388	362	416	453
Proefverlof	26	39	62	86	116	91	60
Semi-begeleid verlof	0	0	0	0	0	0	0
Groepsverlof	0	0	0	0	0	0	0
Woonverlof	0	0	0	0	0	0	0

Bron: MIP/Forensische zorg in getal

Wordt het percentage van de patiënten met een machtiging aan het einde van het jaar genomen als indicator, dan is deze daling ook duidelijk zichtbaar (zie tabel 22). Deze indicator zal op basis van het verloop van de fysieke bezetting tot 2009 door de groei iets te negatief zijn door het relatief hoog percentage nog kort opgenomen patiënten en daarna iets te positief door de krimp vanwege het tegengestelde effect. De stijgende gemiddelde behandelduur van de populatie ondersteunt deze aanname. De stijging van de gemiddelde behandelduur gemeten over de sector laat na een constante beperkte stijging vanaf eind 2009 opmerkelijk grotere stappen zien (zie tabel 5, par. 3.2.3).

Grafiek 11: Bedbezetting van de sector tbs en het aantal machtigingen afgezet tegen het gemiddelde van de indicator



Bron: MIP, Forensische zorg in getal

Tabel 22: Percentage patiënten van de bedbezetting (is excl. proefverlof) met een machtiging op het einde van het jaar

Jaar	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
Perc	63%	65%	62%	59%	52%	47%	40%	44%	46%	52%	58%	62%	63%	65%

Bron: MIP

6.3.2 Aantal verloven

Om zicht te krijgen op de 'productie' van het verlofmanagement en de inspanningen die het vereist, is het belangrijk te weten hoeveel verloven per soort plaatsvinden. Het aantal onttrekkingen wordt vaak gerelateerd aan het getal van 50.000 verloven (30.000 onbegeleid en 20.000 begeleid per jaar).³⁶⁰ Om een indicatie te krijgen van de huidige verlofpraktijk van de sector op het vlak van resocialisatie en toetsing van de behandeling zijn de actuele cijfers van FPC Oldenkotte verzameld. Er is hierbij onderscheid gemaakt tussen begeleide verloven, onbegeleide verloven, transmurale verloven en proefverloven. Ook zijn de begeleide verloven en onbegeleide verloven van de patiënten vanuit de eigen resocialisatie afdelingen (transmurale voorzieningen) die de verlofgang registreren in de telling meegenomen (zie tabel 23). De verlofbewegingen van patiënten met transmuraal verlof buiten de eigen capaciteit van FPC Oldenkotte³⁶¹ en van patiënten met proefverlof vielen buiten de registratie van MITS. De praktijk van deze verloven is daarom uitgedrukt in het gemiddeld aantal patiënten dat met transmuraal verlof of proefverlof was (zie tabel 24).

Het aantal verloven van patiënten waar FPC Oldenkotte dagelijks over diende te beslissen komt daarmee over de periode van 2009 tot 2012 op ongeveer 26 per dag. Het aantal patiënten dat meer op afstand gevolgd diende te worden was gemiddeld ongeveer 22. Voor wat betreft de patiënten met transmuraal verlof gold dat FPC Oldenkotte verantwoordelijk was voor de dagelijkse praktijk, dit in tegenstelling tot het proefverlof waar deze verantwoordelijkheid lag bij de reclassering. Dit is de reden dat de patiënten met transmuraal verlof ook in de overzichten van het verlofmanagement werden meegenomen en op dezelfde manier als de andere patiënten in de BPB en het MDT geagendeerd werden.

³⁶⁰ Hildebrand e.a. onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005, p. 40.

³⁶¹ Dit betreft patiënten die bij een onderaannemer als een fpa/ribw verblijven of zelfstandig wonen en de patiënten van een woning in Enschede die meer op afstand begeleid worden.

Tabel 23: Aantal begeleide verloven en onbegeleide verloven per jaar (FPC Oldenkott)

Jaar	2009	2010	2011	2012	Totaal
Begeleid verlof	2.399	1.904	1.620	1.891	7.814
Onbegeleid verlof	6.816	7.929	8.132	7.498	30.382
Totaal	9.215	9.833	9.752	9.389	38.196

Bron: MITS

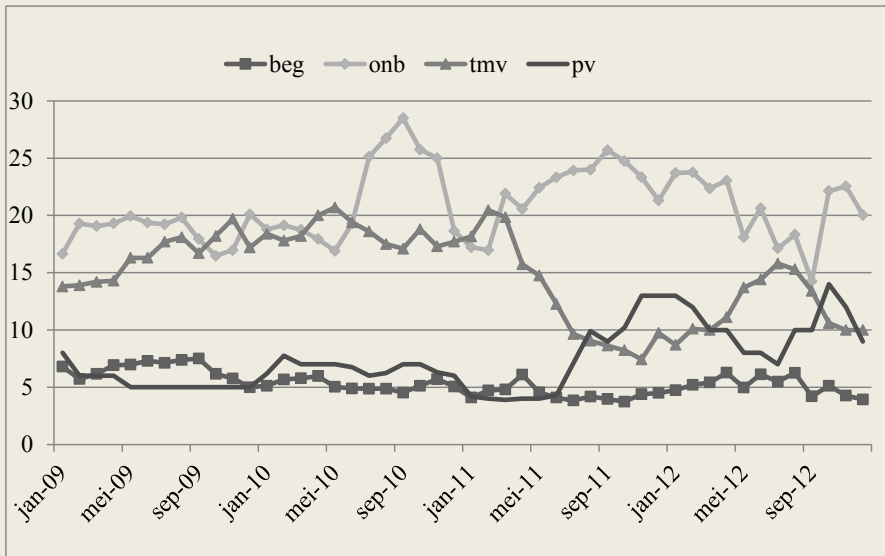
Tabel 24: Gemiddeld aantal patiënten met transmuraal- en proefverlof .

Jaar	2009	2010	2011	2012	Gemidd
Transmuraal gemiddeld	16,5	18,5	12,8	11,9	14,9
Proefverlof gemiddeld	5,5	6,7	7,2	10,3	7,4
Totaal	22,0	25,1	20,0	22,3	22,3

Bron: MITS

De ontwikkeling van het aantal verloven per dag kent de nodige fluctuaties. Wordt het gemiddeld aantal verloven per soort in een maand berekend dan vallen verschillende extremen op (zie grafiek 12). De stijging van het aantal onbegeleide verloven in 2010 die globaal voortduurt tot het voorjaar van 2012 is op basis van de extra instroom in 2006 in verband met de tenderafpraak te verklaren. Op andere trends wordt vanwege het verband met interventies in par. 6.3.10 ingegaan.

Grafiek 12: Gemiddeld aantal verloven FPC Oldenkotte per maand van 2009 – 2012



Bron: MITS

6.3.3 Toetsing behandeling en evaluatie verlof

Aan de verlofmachtiging is een verlofstappenplan gekoppeld, dit is een verplicht onderdeel van de aanvraag. Bij de aanvraag van begeleid verlof wordt volgens de richtlijnen van DForZo gestart met beveiligd verlof. De begeleiding bestaat dan uit een beveiligder en een sociotherapeut. Na een positieve evaluatie wordt dan overgegaan op dubbel begeleid verlof. Dan wordt de begeleiding uitgevoerd door twee sociotherapeuten. Verdere stappen verschillen per patiënt waarbij een extreme variant is dat de patiënt geen verdere stappen meer kent. Ook kent een patiënt standaard een risicomanagementplan. Dit plan volgt een format, dat verbonden is aan het behandelplan. Het plan wordt samen met de patiënt opgesteld en bevat een aantal zo concreet mogelijk geformuleerde risicosituaties en hoe die te hanteren. Ook staan in het document de eventuele maatregelen vermeld in het geval een patiënt zich niet aan de voorwaarden van het verlof houdt. Het laatste is verplicht.³⁶²

Het voor- en nabespreken van het verlof werd in FPC Oldenkotte gedaan aan de hand van een gestructureerde lijst, de verlofchecklist. In het geval van begeleid verlof diende de begeleider zelf de lijst met de patiënt door te nemen. Mocht één van de vele vragen met een

³⁶² Art. 25 sub c Rvt (Hoofdstuk 8. Verplegings- en behandelplan en evaluatie).

‘Nee’ beantwoord zijn, dan diende nader overleg over het wel of niet doorgaan van het verlof plaats te vinden. Ook werd een ‘breekpunt’ besproken, het moment waarop de begeleider zal besluiten het verlof te beëindigen.

Er is echter geen concreet kwantitatief verband tussen een bepaalde afgebakende behandelinspanning binnen het zorgprogramma en het verlof. En ook zijn er geen concrete eindtermen voor een verloffase. Dit betekent dat niet vastgesteld kan worden na hoeveel verloven een bepaalde behandelinterventie voldoende getoetst zou kunnen zijn, ook omdat wanneer er geen concrete behandelinterventies zijn de verloven toch doorgaan. In het geval een hogere machtiging langdurig op zich laat wachten zal de behandeling toch voortgezet worden.

6.3.4 Verkorting behandelduur

Als maat voor de behandelduur wordt de som van de intramurale- en transmurale fase van de behandeling gebruikt. Deze fasen bestaan achtereenvolgens (soms wordt een fase overgeslagen, maar ook wel vaker doorlopen indien er sprake is van terugval) uit geen verlof, begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Dit betekent dat de behandelduur verkort kan worden door één of meerdere van deze fasen te versnellen. Het Landelijk Beraad van Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV) heeft per fase normen gesteld die indien gehaald moeten kunnen leiden tot een belangrijke versnelling. De normen zijn gericht op het tijdig aanvragen van een machtiging. Dit is voor begeleid verlof binnen 12, voor onbegeleid verlof binnen 30, voor transmuraal verlof binnen 54 en voor proefverlof binnen 72 maanden.³⁶³ Het betreft alle opnames, niet alleen de eerste opnames. Door sectorbrede overzichten te ontwikkelen bij deze indicatoren zou benchmark mogelijk moeten zijn.

Onderzoek per kliniek op basis van de normen leidt op peildatum juni 2012 vooral tot de conclusie dat de behaalde waarden laag zijn. Het percentage tijdig aangevraagde machtigingen voor begeleid verlof ligt tussen de 20% en 25%. Voor onbegeleid verlof en transmuraal verlof ligt het rond de 15%. Het percentage voor proefverlof stagneert ruim binnen de 10%. De vergelijking van de gemiddelde behandelduur van de populatie per kliniek einde 2009, 2010 en 2011 en dan vooral de afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de klinieken levert meer dynamiek op. Er zijn dan enkele opvallende trends zichtbaar. Een vergelijking van de prestatie-indicator van DForZo ‘gerealiseerde verlofmachtiging begeleid verlof eerste opnames binnen twee jaar’ levert voor de cohorten 2006 – 2008 en 2007 – 2009 gemiddeld nog een daling op van 31,7 naar 29,9%.³⁶⁴

Het effect van het beleid van FPC Oldenkotte de uitstroom vanuit transmuraal verlof te versnellen is dan al zichtbaar in de ontwikkeling van de variant van de gemiddelde behandelduur (zie tabel 5, par. 3.2.3). Deze interventie is gedeeld. De inspanningen tot benchmarking vanuit het LBHIV leveren op dat moment nog geen andere concreet bruikbare interventie op.

³⁶³ LBHIV/ODO 2010, p. 16.

³⁶⁴ A. Goossens, ‘Vergelijking prestatie-indicatoren doelmatigheid 2011’, Presentatie LBHIV 14 juni 2012.

6.3.5 Versnelling van de aanvraag van de machtiging voor begeleid verlof

In FPC Oldenkotte is in de nota ‘Perspectief Oldenkotte 2010 – 2011’ (zie par. 2.1) expliciet het voornemen uitgesproken om de behandeling te versnellen. De intramurale behandeling diende volgens de uitgesproken visie binnen twee jaar plaats te vinden. Dit beleidsvoornemen leidde in eerste instantie niet tot concrete interventies. FPC Oldenkotte heeft naar aanleiding van de normen van het LBHIV zich logischerwijs eerst gericht op het realiseren van de aanvraag van begeleid verlof binnen een jaar. Het beleid werd dit verlof binnen een jaar aan te vragen tenzij. Om het belang van de interventie te benadrukken hield het beleid daarmee in dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging in de verloftoetsingscommissie uitgelegd moest worden.

6.3.6 Vervanging van woonverlof door transmuraal verlof

In het vernieuwd verlofbeleidskader TBS 2004 is naast het aanscherpen van de regels over risicotaxatie en risicomanagement het woonverlof vervangen door het transmuraal verlof.³⁶⁵ Op 23 juli 2005 werd hiervoor een wettelijke basis gelegd als het aantal soorten verloven buiten het proefverlof teruggebracht wordt tot vier, te weten begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en incidenteelverlof.³⁶⁶ De bedoeling was dat het systeem overzichtelijker en helderder werd en door het transmuraal verlof niet zoals de voorganger woonverlof te koppelen aan een gemaximeerde termijn tegemoet te komen aan de maatschappelijke wens de terbeschikkinggestelde langer onder toezicht van de kliniek te kunnen houden.³⁶⁷ De toelichting stelt: “Transmuraal verlof dient als overgang om vanuit de inrichting naar proefverlof met zelfstandig verblijf in de maatschappij te gaan”, en “Transmuraal verlof vindt plaats in de laatste fase van een behandeling en is bedoeld als beslissingsfase in de beëindiging van de behandeling. In de geestelijke gezondheidszorg wordt bij het begrip transmurale zorg benadrukt dat de zorg tot stand komt op basis van afspraken tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en expliciete deelverantwoordelijkheden. Dit uitgangspunt past bij de functie van het transmurale verlof in de TBS-sector. Waar mogelijk wordt aansluiting gezocht bij de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waar noodzakelijk blijft de tbs-inrichting de zorg verlenen. Hierbij spelen veiligheidsredenen een doorslaggevende rol”.³⁶⁸

Tot de invoering van transmuraal verlof is een aparte machtiging nodig om als patiënt opgenomen te kunnen worden in een afdeling buiten de beveiliging, en diende de machtiging woonverlof te worden aangevraagd om onder directe verantwoordelijkheid van de kliniek uit te stromen naar een andere instelling of een zelfstandige woonvorm. Patiënten die in een afdeling buiten de beveiliging verbleven, hadden om op verlof te kunnen, naast de machtiging daar te wonen een machtiging onbegeleid verlof nodig. In de huidige situatie wordt daarom de machtiging transmuraal verlof als zodanig in veel

³⁶⁵ Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p.122.

³⁶⁶ Stb. 2005, 400, p. 1.

³⁶⁷ Kamerstukken II, 2004/05, 29413, 7, p. 4.

³⁶⁸ Stb. 2005, 400, p. 7.

gevallen niet direct gebruikt voor verlof langer dan zeven overnachtingen, maar als basis om op een afdeling van de kliniek buiten de beveiliging te verblijven en vandaar uit met onbegeleid verlof te gaan. Het transmuraal verlof als verlof gaat pas in als de patiënt doorstroomt naar een eigen woning of een andere instelling.

Het woonverlof kende een duur van drie maanden, en kon daarna nog eenmaal verlengd worden met drie maanden. Uiterlijk na zes maanden diende dan het proefverlof in te gaan. Het is daarbij een belangrijk gegeven dat het proefverlof niet meetelt als behandelduur. Het transmuraal verlof kent in tegenstelling tot het woonverlof geen maximale duur. Om de doorstroom naar onderaannemers³⁶⁹ te stimuleren en daarmee ook de uitstroom, kende het woonverlof een riant verpleegvergoeding. Zowel het forensisch psychiatrisch centrum als de onderaannemer konden de verpleegdagen tijdens het woonverlof volledig declareren, het forensisch psychiatrisch centrum bij DForZo en de ggz-instelling bij de AWBZ. In eerste instantie is deze regeling ook voor het transmuraal verlof gebruikt. Vanaf 2007 diende het forensisch psychiatrisch centrum zelf met de onderaannemer de verpleegprijs te verrekenen.

6.3.7 Kanttekeningen bij transmuraal verlof

Omdat in eerste instantie na de invoering van het transmuraal verlof evenals bij de regeling voor woonverlof door de kliniek en de onderaannemer gedeclareerd kon worden voor een patiënt en deze constructie nu niet beperkt werd tot zes maanden was er sprake van een sterke financiële prikkel het transmuraal verlof ook na zes maanden door te laten lopen en geen proefverlof aan te vragen. Nadat de regeling opgeheven was en de onderaannemer bij de kliniek diende te declareren bleef de praktijk van de langdurige transmurale verloven bestaan (zie tabel 25).

Tabel 25: Verpleegduur bij de onderaannemer of in een eigen woning van de patiënten van FPC Oldenkotte met transmuraal verlof op 31 december 2010, in jaren

0,03	0,1	0,3	0,5	0,5	0,7	0,8	1,5	1,6	1,8	2,1	2,7	3,2	4,3	6,8
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Bron: MITS

³⁶⁹ Instellingen waar patiënten met transmuraal verlof geplaatst zijn, bijvoorbeeld een fpa of ribw. Zij worden onderaannemers genoemd omdat het forensisch psychiatrisch centrum de verpleegprijs van DforZo ontvangt, en met de onderaannemer een verpleegprijs afsprekt. De onderaannemer declareert op basis van dit tarief bij het forensisch psychiatrisch centrum. Afhankelijk van de door de onderaannemer aangeboden zorg kan het verschil tussen de tarieven variëren.

FPC Oldenkotte bracht de externe capaciteit in eerste instantie onder in één ‘administratieve afdeling’ in MITS. Met ingang van 2008 is transmurale capaciteit ondergebracht in een ‘administratieve afdeling’ per afdeling, dit om de verantwoordelijkheid voor de begeleiding te kunnen vertalen in een logische autorisatie in MITS. De bezetting van FPC Oldenkotte kende door de groei van de groep patiënten met transmuraal verlof in feite een andere verdeling dan voor de invoering van het transmuraal verlof. In feite was er voor een deel sprake van een virtuele bezetting.

6.3.8 Transmuraal verlof en behandelduur

Mocht er al bij aanvang een versnelling uitgaan van het transmuraal verlof met betrekking tot het doorstroomtraject dan wordt deze teniet gedaan door de daarop volgende lange duur van het transmuraal verlof, gerekend vanaf uitplaatsing naar een onderaannemer of een zelfstandige woonvorm (zie tabel 25, par. 6.3.7). De gemiddelde duur van deze fase van het transmuraal verlof gerekend over vijftien patiënten van FPC Oldenkotte is op 31 december 2010 ruim 21 maanden. In het geval van woonverlof zou het gemiddelde bij een gelijkmatige uitstroom maximaal drie maanden zijn, anderhalf jaar korter. De acht patiënten die een jaar of langer met transmuraal verlof zijn kennen op 31 december 2010 een gemiddelde van 36 maanden. Er kunnen naast de toename van de (gemiddelde) behandelduur nog andere ongewenste bijeffecten verondersteld worden.

Vanuit het perspectief van resocialisatie geldt een contra-indicatie omdat de afhankelijkheid van de kliniek niet verder wordt afgebouwd. De kliniek blijft tijdens een transmuraal verlof geheel verantwoordelijk voor de behandeling. Bij het proefverlof neemt de reclassering niet alleen de begeleiding over maar ook de verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken en rapporteert dan eens per twee maanden aan de kliniek. De kliniek blijft bij proefverlof wel eindverantwoordelijk.

Ook wordt onder andere gesteld dat vanuit het perspectief van goed bejegenen de kliniek vrijheden verleent “voor zover, maar ook zodra de patiënt hiervan verantwoord gebruik kan maken.”, en “De inrichting gebruikt vrijheden niet als verkapt dwangmiddel. Dat is het geval als de patiënt alleen voor het verkrijgen van vrijheden meewerkt aan / zich onderwerpt aan aspecten van de behandeling, waar hij overigens niet achter staat. Daartoe kent de kliniek in het bijzonder gewicht toe aan het advies van de reclassering of andere deskundigen die buiten de directe behandeling staan.”³⁷⁰ Dit perspectief impliceert dat indien er geen sprake is van het gevaarscriterium het vanuit goed bejegenen niet uit te leggen is om geen stap te maken naar een hogere vorm van verlofmachtiging met de daarbij behorende vrijheden. Daarbij wordt onder goed bejegenen ook het tijdig inschakelen van deskundigen als de reclassering verstaan, een passende interventie in het geval van een patiënt met transmuraal verlof.

Bovenstaande sluit aan bij het perspectief van veiligheid. De wet stelt: “Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de ter beschikking

³⁷⁰ Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, *Goed bejegenen. Beginselen voor het omgaan met ingesloten en versluisden*. Versie 2010, p. 72.

gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is hem bij wijze van proef in de maatschappij te doen terugkeren, kan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, met machtiging van Onze Minister, de ter beschikking gestelde proefverlof verlenen.”³⁷¹ De Wet stelt niet dat het hoofd van de inrichting de wettelijke plicht heeft. Er is ruimte voor eigen overweging. De Wet biedt hierbij ruime mogelijkheden om met de nodige voorwaarden en mogelijkheden het verlof weer in te trekken het proefverlof aan te vragen.³⁷²

Tot slot is er het perspectief van de bedrijfsvoering. Nadat de mogelijkheid tot dubbele declaratie was afgeschaft was er sprake van financiële schade voor de kliniek omdat de tariefstelling dan onder andere rekent met het aantal verblijfspatiënten (behandelduur langer dan zes jaar) dat op deze manier hoog blijft. Een ander bedrijfsmatig negatief effect was dat de behandeling door de kliniek aan de onderaannemer vergoed moest worden. Een eerdere uitstroom naar proefverlof bood de mogelijkheid dat eerder een nieuwe patiënt opgenomen kon worden die wel effectief bijdroeg aan de inkomsten en de behandelvraag. Dit betekende extra werkgelegenheid.

Er kan ook gesproken worden van een moreel dilemma. Een mogelijkheid om het dilemma door de betrokken behandelaren gestructureerd te benaderen en zich bij de keuze niet vooral te laten leiden door intuïtie en ervaringen met het risico van willekeur is wellicht de invalshoek van de zorgethiek. “Men wil als medewerkers stilstaan bij wat het betekent om zorg te geven en deze te ‘moeten’ ontvangen. De patiënt is als het ware overgeleverd aan onvrijwillige professionele zorg. En juist in deze ultieme afhankelijkheidssituatie, waarbij bijvoorbeeld niet eens duidelijk is hoelang de opname in het FPC zal duren, is het van belang om de humaniteit, de medemenselijkheid voortduren in het oog te houden.”³⁷³

6.3.9 Aansturing en transmuraal verlof

Een extra aanleiding om op basis van de verschillende perspectieven tot een interventie op het vlak van de hantering van transmuraal verlof te komen is de analyse van het behandelverloop van een paar patiënten die terugvielen vanuit hun transmuraal verlof bij een onderaannemer (Bron: MITS, notulen MDT, rapportage sociotherapie, behandelingscoördinator en hoofd behandeling). Maart 2009 is een patiënt heropgenomen na twee jaar in een fpa verpleegd te zijn en januari 2010 een patiënte na drie en een half jaar. Er was in FPC Oldenkotte geen rapportage over het behandelverloop tijdens de transmurale fase te vinden en daarmee ook geen herkenbare multidisciplinaire besluitvorming of bijsturing. Ook kende de behandeling geen concreet perspectief. Over dit laatste klaagden de patiënten na heropname. De reden van de lange duur van het transmuraal verlof was onduidelijk behalve dat door betrokken behandelaars aangehaald werd dat fpa's niet op proefverlof gesteld waren.

³⁷¹ Art. 51 lid 1 Bvt.

³⁷² Art. 51 lid 2 Bvt jo art. 50 lid 2 eerste en tweede volzin jo art. 27a lid 1, eerste volzin, en lid 2 Sv, art. 51 lid 3 Bvt jo art. 50 lid 3.

³⁷³ Kremer & Van der Meijde 2011, p. 98.

6.3.10 Verkorting transmuraal verlof

Na deze analyse is er door de directie besloten actief te sturen op de uitstroom van patiënten van transmuraal verlof naar proefverlof. Dit beleid is nog eens expliciet uiteengezet in een presentatie om aan de behandelaars duidelijk te maken dat het niet gaat om ‘financiële slimmigheidjes’, maar om het feit dat in de nieuw gehanteerde systematiek (DBBC) een koppeling zit tussen het zorgvuldig uitzetten van een behandeltraject en een gunstig financieel effect.³⁷⁴ Kort gezegd: goed behandelen is goed verdienen. Dit beleid is in de praktijk niet direct omarmd en vervolgens gestimuleerd door middel van managementinformatie, het voorrekenen van de consequenties en het vastleggen in een managementcontract en jaarplan.³⁷⁵

Tevens is in het verlofmanagement vastgelegd dat als een patiënt met transmuraal verlof gaat na vier weken in het multidisciplinair team besproken diende te worden of er tegenindicaties waren om een machtiging proefverlof voor de patiënt aan te vragen. De patiënten stonden daarna bovendien eens per vier weken op de agenda van het multidisciplinair team gepland met als aandachtspunt samen na te denken of het verantwoord was het transmuraal verlof weer te verlengen en daarnaast de voortgang richting proefverlof te bewaken. De transmurale verloven dienden ter bevestiging van het besluit telkens voor de duur van vier weken in het informatiesysteem vastgelegd te worden. Dit laatste diende monitoring mogelijk te maken.

Nadat de krimp van de sector voelbaar werd en de manager van de sociotherapie vooral vanuit bedrijfsmatig perspectief het nut van het beleid inzag en voorzitter werd van het ‘Operationeel overleg’ (OO) waar de door- en uitstroom centraal gemonitord werd, kwam de uitstroom vanuit de transmurale fase naar proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling op gang. Ook werkte mee dat in de begroting van FPC Oldenkotte over 2011 een maximum van vijf gesteld was aan het aantal patiënten met transmuraal verlof. Vanaf september 2010 is maandelijks de actuele situatie tot op patiëntniveau in de managementinformatie verwerkt. Eerder zijn al rekenvoorbeelden in de managementinformatie opgenomen die een indicatie gaven van het eenvoudig te vermijden productie verlies, te weten 290.000 euro over 2010 en 511.000 euro over 2011.³⁷⁶

Uit het verloop van transmuraal verlof en proefverlof is terug te zien dat het beleid vanaf 2011 effectief is en actief gestuurd is op de uitstroom van patiënten met transmuraal verlof naar proefverlof of verder (zie grafiek 12, par. 6.3.2). In de loop van 2012 is een terugval zichtbaar, het aantal patiënten met transmuraal verlof stijgt weer en komt boven de gestelde doelstelling. De drie gronden voor dit beleid zijn op basis van de eerdere analyses de positieve ontwikkeling voor de patiënt tastbaar te maken (er wordt een concrete stap gemaakt, er is perspectief), de behandelduur te verkorten en dus ook de gemiddelde behandelduur (proefverlof telt niet als behandelduur) en de bedrijfsvoering van de kliniek

³⁷⁴ A. Goosensen, ‘Juist behandelen is goed verdienen’, Presentatie september 2010 FPC Oldenkotte.

³⁷⁵ Jaarplan Stichting Oldenkotte p. 19, 20, Patiëntgerelateerde managementinformatie 2011 januari.

³⁷⁶ Patiëntgerelateerde managementinformatie 2010 mei.

te verbeteren (tbs-capaciteit alleen voor die patiënten die het nodig hebben en daarmee samenhangend een beperking van de kosten en verbetering werkgelegenheid).³⁷⁷ Het gemiddelde aantal patiënten per maand met transmuraal verlof is in 2011 gemeten over de periode van februari tot november van 20,5 gedaald naar 7,4. Het aantal proefverlofgangers is in die periode gestegen van vier naar dertien patiënten.

6.3.11 Sector brede kansen

Indien de relatieve onderlinge verdeling van de machtigingen begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof van de sector afgezet wordt tegen die van FPC Oldenkotte (zie tabel 26) is de hogere dynamiek van FPC Oldenkotte zichtbaar. Binnen de verdeling van de machtigingen van de sector daalt het percentage machtigingen transmuraal verlof in de loop van 2010 naar 2011 van 34,8% naar 33,4% (= - 1,4%). Binnen de verdeling van FPC Oldenkotte is sprake van een daling van 38,6% naar 32,5% (= - 6,1%). Hierbij kan nog opgemerkt worden dat FPC Oldenkotte ook aan de dynamiek van de sector heeft bijgedragen. Het percentage machtigingen transmuraal verlof heeft in FPC Oldenkotte belangrijk in moeten leveren ten opzichte van de machtigingen begeleid verlof en onbegeleid verlof. Dit maakt duidelijk dat er voor de sector kansen liggen het ongewenste effect op de behandelduur, veroorzaakt door de overgang van woonverlof naar transmuraal verlof, terug te dringen. Het feit dat drie klinieken longstay of long care-patiënten tot de populatie kunnen rekenen kan de verdeling van de sector hebben doen verschuiven richting begeleid verlof.

Tabel 26: Verhouding tussen de machtigingen begeleid, onbegeleid en transmuraal

	Begeleid	Onbegeleid	Transmuraal
Tbs sector dec 2010	40,7%	24,5%	34,8%
Tbs sector nov 2011	41,4%	25,3%	33,4%
FPC Oldenkotte dec 2010	33,7%	27,7%	38,6%
FPC Oldenkotte nov 2011	37,3%	30,1%	32,5%

Bron: MIP

6.3.12 Indicaties voor de verkorting van de behandelduur

Een eerste indicatie voor de verkorting van de behandelduur in FPC Oldenkotte is het verschil in dynamiek tussen de gemiddelde behandelduur van de sector en FPC Oldenkotte (zie tabel 5, par. 3.2.3). De gemiddelde behandelduur van de populatie gemeten over de gehele sector per einde van het jaar (inclusief proefverlof en exclusief longstay, en sinds

³⁷⁷ Jaarplan Stichting Oldenkotte 2011, p. 19, 20, 22.

december 2010 inclusief het effect van de herwaardering longstay³⁷⁸) steeg vanaf 2010 snel (van 5,6 jaar naar 7,1 jaar) terwijl de gemiddelde behandelduur van de populatie in FPC Oldenkotte beperkt steeg (van 5,3 jaar naar 5,8 jaar). Hierbij kan nog opgemerkt worden dat FPC Oldenkotte een beperkte remmende invloed op de indicator van de sector gehad zal hebben). Relevante factoren die deze jaren hun invloed doen gelden zijn eerdere openingen van klinieken en de toewijzing van tenderafspraken, het hoge aantal eerste opnames na de piek in het aantal opleggingen, vervolgens een vergrijzing door de krimp en de her-instroom van patiënten uit de longstay wegens een herwaardering.

Een andere indicatie voor het positieve effect van de interventies op de gemiddelde behandelduur, waarbij geen sprake is van een beïnvloeding door de herwaardering van de longstay, is het percentage uitstroom van de eerste opnames op een peilmoment. Vanwege de doelstelling van de sector de behandelduur terug te brengen naar acht jaar wordt acht jaar na het einde van het te beoordelen instroomjaar gemeten welk percentage is uitgestroomd. Gemeten over het cohort eerste opnames van 2006 is de behandelduur op basis van de geactualiseerde definitie voor de sector uitgekomen op 8,0.³⁷⁹ Dit betekent dat het percentage uitstroom eerste opnames van de sector op de peildatum 1 januari 2015 op 50% lag. De percentages van FPC Oldenkotte voor de instroomcohorten van 2004 tot en met 2007 lagen op basis van de eerste berekeningen door de werkgroep prestatie-indicator behandelduur op 1 juli 2013 echter al ruim boven 50% (zie tabel 27). De sector had zich voor 2017 ten doel gesteld de behandelduur terug te brengen tot acht jaar en heeft dit nu gehaald. De weergegeven percentages van FPC Oldenkotte maken duidelijk dat FPC Oldenkotte de doelstelling op 1 juli 2013 al ruim had behaald, zelfs indien 2007 werd meegerekend.

Een nadere analyse van de behandelduur van het cohort eerste opnames 2006 laat zien dat de bijdrage van FPC Oldenkotte aan de daling van de sector relatief groot is. FPC Oldenkotte kent wegens een capaciteitsuitbreiding op basis van een tendercontract over 2006 extra instroom. Voor de steekproef van 1 januari 2015 tellen vanuit FPC Oldenkotte 36 eerste opnames mee, de sector telt over 2006 een aantal van 292 eerste opnames. Dit betekent dat sectorbreed 146 patiënten binnen acht jaar zijn uitgestroomd. Voor FPC Oldenkotte ligt dit aantal op 29.³⁸⁰ Dit betekent dat van de eerste opnames sectorbreed exclusief FPC Oldenkotte 45,7% na acht jaar is uitgestroomd, en van FPC Oldenkotte 80,6%. Dit is tevens een indicatie dat de gemiddelde behandelduur van de sector zonder een versnelling van de behandeling op het moment dat het effect van FPC Oldenkotte is uitgefaseerd weer boven de acht jaar uit zal kunnen komen.

³⁷⁸ Beoordeling door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing longstay forensische zorg (LAP).

³⁷⁹ Forensische zorg in getal 2015, p. 31; Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit.

³⁸⁰ Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), afdeling Analyse, Strategie en Kwaliteit.

Tabel 27: Percentage uitstroom eerste opnames FPC Oldenkotte op 1 juli 2013

Jaar van opname	Eerste opnames	Uitstroom	Percentage
2000	6	2	33%
2001	4	3	75%
2002	13	7	54%
2003	22	12	55%
2004	16	10	63%
2005	9	9	100%
2006	37	20	54%
2007	16	10	63%

Bron: MITS

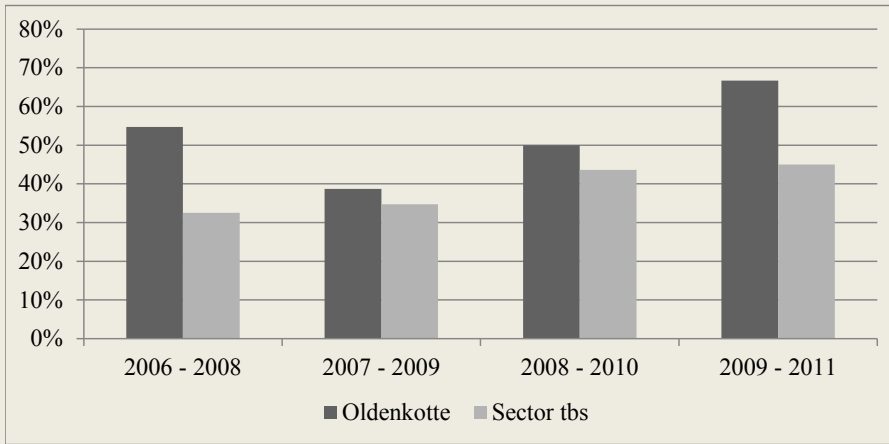
FPC Oldenkotte kende het beleid de machtiging begeleid verlof binnen een jaar na opname aan te vragen (zie par. 6.3.5). Het effect wordt duidelijk aan de hand van de indicator van DForZo waarin het percentage van de machtigingen per instroomcohort eerste opnames van een kliniek dat binnen twee jaar is gerealiseerd met die van de sector vergeleken wordt (zie grafiek 13). In de grafiek is te zien hoe de bestuurlijke crisis van 2007 en de reactie op de ernstige incidenten, waaronder een herwaardering van de verloven en een opnamestop, doorwerkte. De herwaardering en het nauwkeurig volgen van FPC Oldenkotte – FPC Oldenkotte kende dan een eigen paragraaf in de voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer³⁸¹ – leiden eerst tot een forse daling tot op het niveau van het gemiddelde van de sector. Vervolgens neemt FPC Oldenkotte in twee jaar fors afstand van de sector. Waar de voorzichtige ontwikkeling van de sector afvlakt neemt de toch al hoge versnelling van FPC Oldenkotte nog verder toe.

De interventie de fase van het transmuraal verlof te verkorten heeft geleid tot een forse versnelling die zichtbaar is in de indicator van DForZo proefverlof/al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling binnen acht jaar (zie grafiek 14). Ook hier is de versnelling over het laatste cohort sneller gestegen dan die van de sector ondanks de al eerder opgebouwde voorsprong.

De overzichten op basis van onbegeleid verlof binnen vier jaar en transmuraal verlof binnen zes jaar laten geen bijzondere ontwikkelingen zien. FPC Oldenkotte kent voor deze cohorten nog geen speciale interventies (zie grafieken 15, 16). Opgemerkt kan nog worden dat het verschil in niveau voor wat betreft de machtiging transmuraal verlof beïnvloed kan worden door de verhouding van de capaciteit binnen en buiten de beveiliging aangezien het laatste uitsluitend toegestaan is met een machtiging transmuraal verlof.

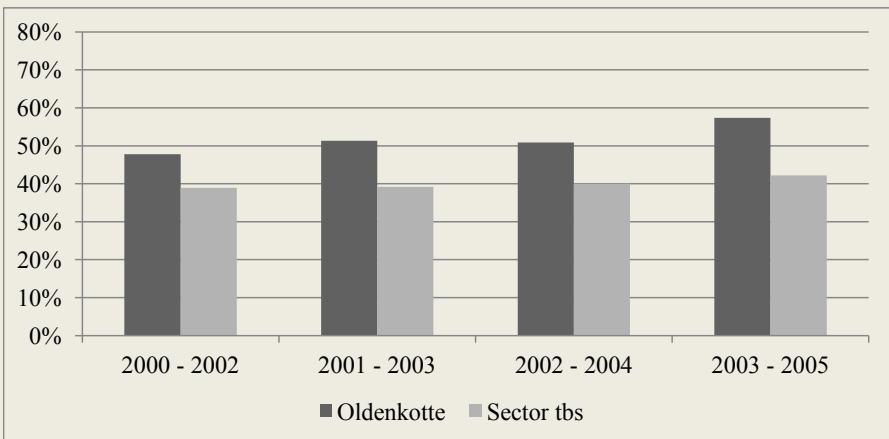
³⁸¹ TK 2008 – 2009 29 452, nr. 94, Brief van de Staatssecretaris aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, par. 4.

Grafiek 13: Percentage van de eerste opnames met begeleid verlof binnen twee jaar



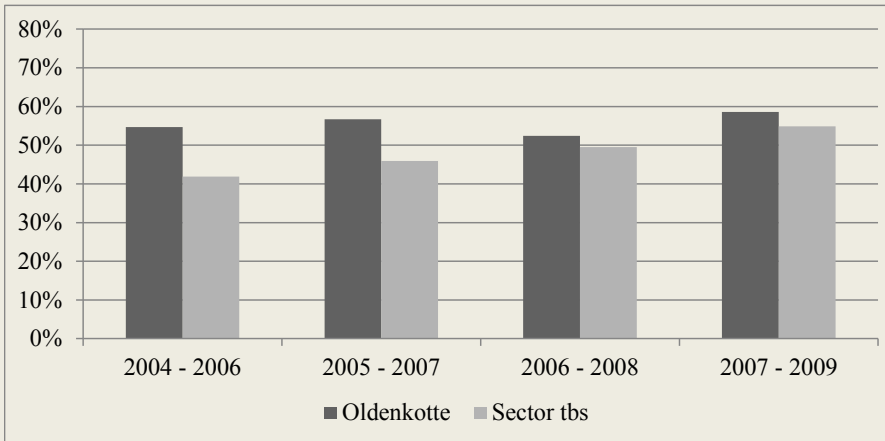
Bron: DForZo

Grafiek 14: Percentage van de eerste opnames met proefverlof of (voorwaardelijke) beëindiging binnen acht jaar



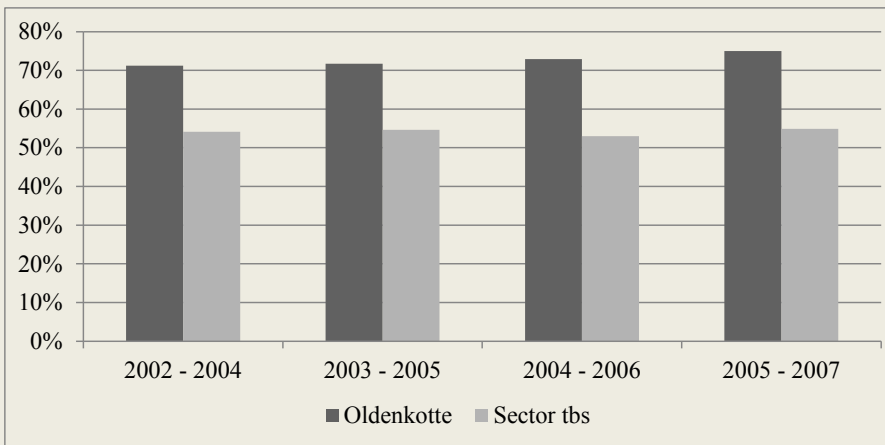
Bron: DForZo

Grafiek 15: Percentage van de eerste opnames met ongebeleid verlof binnen vier jaar



Bron: DForZo

Grafiek 16: Percentages van de eerste opnames met transmuraal verlof binnen zes jaar



Bron: DForZo

6.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur

Het percentage van de populatie met een machtiging is tussen 2006 en 2013 van 41 naar 69% opgelopen, en is gestabiliseerd vanaf 2011. De vergrijzing heeft invloed op de 69%. De vergrijzing zal langzamerhand afnemen en ook de herwaardering longstay heeft invloed. Het percentage eerste opnames van FPC Oldenkotte met begeleid verlof binnen twee jaar is uiteindelijk opgelopen tot 66,7%. Op basis hiervan mag verwacht worden dat het percentage patiënten met een machtiging kan stijgen. Een ambitie het percentage voor de sector te verhogen tot 75% lijkt daarom redelijk. Hoewel het in eerste instantie een variabele lijkt van de proportionele behandelduur, is het passend dit percentage direct aan geloofwaardigheid te koppelen. Dit sluit aan bij de uitspraak van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming die stelt dat verlof een essentieel onderdeel van de behandeling is (zie par. 1.4).

Het percentage patiënten met proefverlof afgezet tegen het aantal patiënten met proefverlof en transmuraal verlof stijgt van 2006 tot 2011 van 7,4 naar 23,8% en daalt vervolgens weer naar 11,7%. Het belang van proefverlof in relatie tot de behandelduur maakt het belang van een stijgend percentage duidelijk. Gezien de historie, de stappen die in een jaar gemaakt zijn en het aantal voorwaardelijke beëindigingen dat opgelopen is tot 179 in 2013, is 30% een norm die weergeeft dat er sprake is van een redelijke uitstroom naar proefverlof. Het gaat om een variabele op sectorniveau omdat per kliniek het aantal patiënten met transmuraal verlof kan variëren vanwege het percentage eigen bedden buiten de beveiliging.

Het terugbrengen van de behandelduur op basis van transmuraal verlof bij een onderaannemer of in een eigen woning heeft een sterk effect op de behandelduur. De variabele hangt samen met de voorgaande, maar is vooral op de kliniek gericht. Uitgaande van een half jaar voor de voorbereiding en de aanvraag van proefverlof kan de variabele gemeten over het gemiddelde van de uitgestroomde patiënten in een jaar op kleiner of gelijk aan negen maanden gesteld worden.

Het percentage eerste opnames met een machtiging begeleid verlof binnen twee jaar, onbegeleid verlof binnen vier jaar, transmuraal verlof binnen zes jaar en proefverlof of voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar is een belangrijke variabele voor de behandelduur. Een goede start is belangrijk, evenals vanzelfsprekend het eindresultaat. Beide blijken op basis van de ontwikkelingen in FPC Oldenkotte na de interventies snel te verbeteren. Daarom wordt gekozen voor de variabelen begeleid verlof binnen twee jaar en proefverlof of voorwaardelijk einde binnen acht jaar. Gezien de resultaten van FPC Oldenkotte is respectievelijk 65% en 55% een haalbare maat.

Geloofwaardigheid

- Laag aantal recidives
 - Algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 22,0% (sector); Ernstige recidive (misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer) binnen twee

jaar na beëindiging lager of gelijk aan 17,0% (sector); Tbs-waardig delict (misdrijf waar een nieuwe terbeschikkingstelling op had kunnen volgen) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 9,0% (sector).

- Laag aantal onttrekkingen
 - Aantal onttrekkingen per jaar lager of gelijk aan 25 (sector).
- Laag separeergebruik
 - Gemiddelde bezetting van de separeer per jaar, gerelateerd aan een populatie van 100 patiënten lager of gelijk aan 0,2 (fpc).
 - Aantal separaties in een jaar met een duur van tien etmalen of langer is nul (fpc).
- Proportionele behandelduur
 - Een proportionele behandelduur komt overeen met de prognose
 - Aantal patiënten dat driemaal of vaker in een jaar is gesepareerd lager of gelijk aan één (fpc).
 - Percentage van de populatie op een peilmoment met terugval naar een afdeling met minder vrijheden lager of gelijk aan 15% (fpc).
 - Aantal onttrekkingen per 100 patiënten lager of gelijk aan 2,0 (fpc).
 - Percentage machtigingen proefverlof in relatie tot het totaal van de machtigingen proefverlof en transmuraal verlof is hoger of gelijk aan 30% (sector).
 - Gemiddelde behandelduur op basis van transmuraal verlof bij een onderaannemer of in een eigen woning is kleiner of gelijk aan negen maanden (fpc).
 - Percentage eerste opnames met een machtiging begeleid verlof binnen twee jaar groter of gelijk aan 65% en het percentage eerste opnames met een proefverlof of voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar is groter of gelijk aan 55% (fpc).
- Hoog percentage machtigingen
 - Percentage terbeschikkinggestelden met een machtiging is groter of gelijk aan 75% (sector).

6.5 Samenvatting

De geschiedenis van de verlofpraktijk kent een hoge mate van dynamiek. Een aantal ernstige incidenten leidde enerzijds tot een vorm van incidentpolitiek waardoor het beleid strenger werd en de angst om te falen groter. Ook was er sprake van een aantal heroverwegingen van al bestaande verlofmarges. Daarnaast werd een parlementaire enquête gehouden onder voorzitterschap van dhr. Visser die leidde tot een structurelere aanpak. Een belangrijk gevolg was de instelling van een inhoudelijke toetsing door de AVT en de standaardisering van de aanvraag en evaluatie van een verlofmachtiging. De commissie Visser beperkte zich echter voor wat betreft de lerende verlofpraktijk tot het terugbrengen van het aantal onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten. Het terugbrengen van de behandelduur was geen speerpunt. In FPC Oldenkotte is na een ernstig incident rond de hantering van verlofmachtigingen het proces verlofmanagement ontwikkeld. Binnen dit proces, dat in eerste instantie primair gericht was op een

kwaliteitsslag, is om de behandelduur terug te brengen de nadruk gelegd op twee interventies. In de eerste plaats is gesteld dat de aanvraag van een machtiging begeleid verlof binnen één jaar na opname plaats moest vinden en in het geval dit niet verantwoord geacht werd dit aan de interne verloftoetsingscommissie uitgelegd moest worden. Verder lag de nadruk op het terugbrengen van de duur van de fase van transmuraal verlof. Op basis van door DForZo ontwikkelde prestatie-indicatoren blijkt het beleid effectief te zijn, ruim bovengemiddeld in vergelijking met de sector terbeschikkingstelling.

Hoofdstuk 7 Resultaatgerichtwerken

Een organisatie is ook te zien als een systeem, te weten het geheel van het primair proces en de ondersteunende processen gericht op het behalen van de centrale doelstelling, afgeleid van en gericht op de missie van de organisatie. In dit hoofdstuk wordt het systeem zoals eerder beschreven beperkt tot vooral de activiteiten van de behandeling die het kritieke pad in de vorm van het verlofmanagement ondersteunen. De focus is daarbij niet alleen gericht op de mate waarin concrete resultaten worden behaald als het gaat om de verkorting van de behandelduur, maar voor zover mogelijk ook met welke kwaliteit. Hiertoe wordt de praktijk van de beëindiging van de terbeschikkingstelling onderzocht. Vervolgens wordt het concept resultaatgerichtwerken beschreven, waarna aan de hand van de praktijk de mogelijke effecten van de inspanningen worden onderzocht. Hiertoe wordt nagegaan in hoeverre er sprake was van een doelgerichte inzet van de behandelmodules, van een daling van de gemiddelde behandelduur, van een verdergaande resocialisatie en in hoeverre risicofactoren zich positief ontwikkelden.

7.1 Oriëntatie

Stichting Oldenkotte kende als missie: “Stichting Oldenkotte is een Forensisch Psychiatrische Instelling waar patiënten (poli)klinisch worden behandeld en/of verpleegd. Wij zijn er voor patiënten met (dreigend) delict en/of grensoverschrijdend gedrag. Ons handelen is gericht op het terugbrengen van risico’s voor de maatschappij door preventie, beveiliging en behandeling”.³⁸² De Stichting Oldenkotte bestond uit de poli- en dagklinik De Tender en FPC Oldenkotte. Zoals in de inleiding is beschreven, geldt voor de terbeschikkingstelling een verdere beperking doordat terbeschikkingstelling een behandelmaatregel is die de rechter oplegt aan mensen die zware delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. De rechter bepaalt uiteindelijk of de risico’s in voldoende mate zijn teruggebracht en zal dan de terbeschikkingstelling na beoordeling van het advies van de kliniek en mogelijk andere onafhankelijke gedragsdeskundigen en reclassering eventueel beëindigen.

7.1.1 Ontwikkeling beëindiging terbeschikkingstelling

De patiënt doorloopt in principe een traject waarin de vrijheidsbeperking bij een positieve ontwikkeling stelselmatig wordt afgebouwd. Bij aanvang kent een patiënt geen verlof, waarna verlofmogelijkheden opgebouwd kunnen worden in volgorde van begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof waarna de rechter, indien hij het verantwoord vindt, kan besluiten over te gaan tot in eerste instantie een voorwaardelijke beëindiging.

Eerder is de dynamiek rond de verlofmachtigingen beschreven. De beëindiging van de terbeschikkingstelling als sluitstuk van de achtereenvolgende machtigingen is minder aan

³⁸² Stichting Oldenkotte, Jaarverslag en jaarrekening 2011, p. 22.

verandering onderhevig geweest. Een belangrijke verandering is dat de mogelijke duur van een voorwaardelijke beëindiging met ingang van 1 januari 2008 is verlengd van drie naar negen jaar. Vanaf 1 mei 2013 is het voor de rechter niet meer mogelijk de terbeschikkingstelling te beëindigen zonder dat hieraan een voorwaardelijke beëindiging is voorafgegaan (zie par. 3.1.3).³⁸³

Op basis daarvan is het niet meer mogelijk voor een rechter een contraire beëindiging uit te spreken, niet anders dan na een voorwaardelijke beëindiging. In het geval van een contraire beëindiging ging de rechter tegen het advies in van de kliniek. De doelstelling van de wijziging is te voorkomen dat een patiënt onvoorbereid op straat komt te staan, met als gevolg dat het risico op een delict toeneemt. Het aantal contraire beëindigingen was echter zeer beperkt. Het ging daarbij in de meeste gevallen vooral om situaties waarbij adviserende instanties het recidiverisico laag inschatten. Er was echter wel twijfel over de vraag of de terbeschikkingstelling al dan niet moest worden beëindigd.³⁸⁴

7.1.2 Praktijk van de beëindiging terbeschikkingstelling

Er heeft zich sectorbreed al voor de aanpassing van de wetgeving dat een rechter de terbeschikkingstelling eerst voorwaardelijk dient te beëindigen een relatief belangrijke verschuiving voorgedaan van de directe beëindiging van de terbeschikkingstelling naar een in eerste instantie voorwaardelijke beëindiging (zie tabel 2, par. 3.1.3). De verruiming van de voorwaardelijke beëindiging valt daarmee samen. Er zijn bijzondere fluctuaties te zien. Maar overheerste eerder de beëindiging van de terbeschikkingstelling, in 2012 is het percentage voorwaardelijke beëindigingen gestegen tot twee derde van het totaal. Vanaf mei 2013 is het zoals hierboven gemeld niet meer mogelijk de voorwaardelijke beëindiging over te slaan. Lijkt eerder het aantal proefverlofgangers (zie tabel 21, par. 6.3.1) nog mee te bewegen met de ontwikkeling van het aantal voorwaardelijke beëindigingen, vanaf 2011 is een tegengestelde trend duidelijk zichtbaar. Het aantal proefverlofgangers halveert in twee jaar, terwijl de stijgende trend van de voorwaardelijke beëindigingen en transmuraal verlof doorgaat. Het aantal nieuwe machtigingen transmuraal verlof in de jaren van 2010 – 2013 is respectievelijk 159, 197, 207 en 220.³⁸⁵

7.1.3 Praktijk van de beëindiging terbeschikkingstelling in FPC Oldenkotte

Een opvallende ontwikkeling in FPC Oldenkotte was dat patiënten in 2010 onevenredig vaak een al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling hebben gekregen terwijl er nog geen sprake is van transmuraal- of proefverlof. De voorwaardelijke beëindiging gold in 2010 voor elf van de zeventien beëindigingen. Er waren vijf beëindigingen vanuit proefverlof en één vanuit transmuraal verlof.³⁸⁶ Een toetsing van de behandeling op basis van deze verlopen, om daarna tot een advies te komen de terbeschikkingstelling te beëindigen lijkt dan een uitzondering.

³⁸³ Art. 38g lid 1 Sr.

³⁸⁴ De Kogel & Den Hartogh 2005, p. 52.

³⁸⁵ Bron: MIP.

³⁸⁶ Patiëntgerelateerde managementinformatie FPC Oldenkotte december 2010.

Worden de al of niet voorwaardelijke beëindigingen over de periode 2009 – 2012 met de daarbij uitgebrachte adviezen vergeleken, dan blijkt de rechter in 27 van de 79 zittingen na een advies tot verlenging de terbeschikkingstelling te beëindigen. Van de beëindigingen zijn er zestien voorwaardelijk (zie tabel 28). Niet onderzocht is in hoeverre er sprake was van een zogenaamde harde contraire beëindiging (zie par. 7.1.1). Ook is het gebeurd dat een verlofmachtiging werd afgewezen en dat de terbeschikkingstelling van de betreffende patiënt vervolgens mede op basis van het advies van de kliniek werd beëindigd. Dit is conform de ervaring van de reclassering op sectorniveau.³⁸⁷ De nadruk ligt, parallel aan de sector brede ontwikkeling, op de voorwaardelijke beëindiging, ook al in de adviesfase.

Het is opmerkelijk dat de gemiddelde behandelduur bij een al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling in 2012 belangrijk lager was dan die van de patiënten in de transmurale fase, namelijk 7,6 jaar tegen 8,5 jaar. Vanaf 2011 is meer gestuurd op een traject via proefverlof. Het idee is ook dat het in deze fase niet verstandig is de regie van de behandeling zonder een geleidelijke overgang geheel uit handen te geven door een voorwaardelijke beëindiging te adviseren.

Tabel 28: (Voorw)beëindigingen en de vooraf door FPC Oldenkotte uitgebrachte schriftelijke verlengingsadviezen, 2009 – 2012

	Voorw einde	Einde	Advies
Geen vordering	1	0	1
Einde tbs	1	18	19
Voorwaardelijk einde tbs	27	5	32
Verlenging tbs	16	11	27
Totaal	45	34	79

Bron: MITS, verlengingsadviezen

7.1.4 Praktijk voorwaardelijke beëindiging

Het verloop van de voorwaardelijke beëindigingen maakt duidelijk dat de rechter deze in de praktijk niet gebruikt om de patiënt over de toegestane periode van maximaal negen jaar te kunnen volgen. Uit de periode 2009 tot 2012 zijn na één jaar 23 van de 45 voorwaardelijke beëindigingen definitief beëindigd (zie tabel 29). Er is daarnaast nog sprake van vijf hervattingen en één overledene. Sectorbreed blijkt een voorwaardelijke beëindiging in de praktijk ook vaak één jaar te duren.³⁸⁸ Daar staat tegenover dat het aantal hervattingen ook niet te verwaarlozen is. De sterke toename van de behandelduur kan ook

³⁸⁷ Inspectie voor de Santietoepassing 2010, p. 65; Brief Reclassering Nederland aan de Vaste Kamercommissie voor Justitie, 11 mei 2009.

³⁸⁸ Forensische zorg in getal 2007 – 2011, p. 32.

voor de rechter een reden zijn de terbeschikkingstelling (voorwaardelijk) te beëindigen (zie par. 2.5.2). De toegenomen behandelduur is ook van invloed op het aantal verlengingszittingen waarbij een rechter de betrokken patiënt treft. De toename van de behandelduur wordt goed geïllustreerd door het feit dat de gemiddelde verblijfsduur van de huidige populatie van terbeschikkinggestelden de zes jaar (zie tabel 5, par. 3.2.3), door DForZo gesteld is als norm voor de totale behandelduur, overstijgt.³⁸⁹

Tabel 29: Duur voorwaardelijke beëindigingen in FPC Oldenkotte bij beëindiging en het aantal dat 7 juli 2014 nog niet was beëindigd (vw) in de periode 2009 – 2012

Duur voorw einde in jaren	1	2	4	Vw	Hervat	Overl	Totaal
Aantal voorw beëindigingen	23	7	1	8	5	1	45

Bron: MITS

7.1.5 Risico en beëindiging

De totaalscore van negen dynamische items, te weten: alcohol-, softdrug- en harddruggebruik, impulsiviteit, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, attitude ten opzichte van de behandeling, verantwoordelijkheid voor het delict en copingvaardigheden blijken volgens Hildebrand e.a. de beste voorspellers van onttrekking en recidive te zijn (zie par. 5.3.12 en 5.3.13). Om zicht te krijgen op de verdeling van de zogenaamde negen van Hildebrand op het moment van de al of niet voorwaardelijke beëindiging zijn de scores van de patiënten van wie in de periode 2009 tot en met 2012 de terbeschikkingstelling al of niet voorwaardelijk beëindigd is verdeeld in een klassebreedte van drie en afgezet tegen het ten behoeve van de verlengingszitting afgegeven advies van de kliniek (zie tabel 30). In de scores van de tabel zijn alcohol-, softdrugs- en harddruggebruik in één score verwerkt, dit volgens de handleiding van de HKT-30.

De verdeling in de rij met als advies voorwaardelijke beëindiging gedraagt zich min of meer zoals je mag verwachten, namelijk aflopend (score neemt af bij dalend risico). De verdeling in de rij met als advies beëindiging van de terbeschikkingstelling (einde) kent echter een golvend verloop met centraal een piek. Daarbij had verwacht mogen worden dat de adviezen in de rij voorwaardelijke beëindiging relatief hoger zouden scoren dan die van de adviezen beëindiging. Het advies 'einde' kent onder de score '12' van Hildebrand echter de piek, terwijl het advies 'voorw' daar eindigt.

³⁸⁹ Na zes jaar valt een patiënt financieel volgens de oude regeling onder het verblijfstarief. De ontwikkeling is enigszins vertekend doordat vanwege de krimp van de sector toenemend sprake is van 'vergrijzing'.

Een beëindiging is in de praktijk niet noodzakelijk gebaseerd op een lage score van de risicotaxatie (zie tabel 31). De verdeling op basis van de negen van Hildebrand kent zoals verwacht mag worden vooral bij de locatie zelfstandig wonen een scheve verdeling naar rechts. Dit geldt in mindere mate voor extramuraal. Bij instelling en kliniek is er sprake van een piek rond de score op de negen van Hildebrand van twaalf.

Tabel 30: De al of niet voorwaardelijke beëindigingen per score (klassebreedte 3) op de ‘negen van Hildebrand’ in de periode 2009 - 2012, afgezet tegen het advies van FPC Oldenkotte

Advies\negen Hildebrand	Totaal	3	6	9	12	15	18	21	≥23
Geen vordering									1
Einde tbs	19	4	2	1	6	1	2	3	
Voorwaardelijk beëindiging tbs	32	11	7	8	4		1		1
Verlenging tbs	27	1	3	5	9	3	5	1	
Totaal	79	16	12	14	19	4	8	4	2

Bron: MITS, verlengingsadviezen, risicotaxaties

Tabel 31: Verblijfslocatie van de patiënten van FPC Oldenkotte op het moment van (voor)waardelijke beëindiging in relatie tot de score (klassebreedte 3) op de ‘negen van Hildebrand’ in de periode 2009 - 2012.

Laatste locatie\negen Hildebrand	Totaal	3	6	9	12	15	18	21	≥23
Afdelingen kliniek	27	1	2	5	7	3	5	3	1
Afdelingen buiten beveiliging	12	3	3	3	1	1	1		
Onderaannemer	14		1	3	8			1	1
Zelfstandig	26	12	6	3	3		2		
Totaal	79	16	12	14	19	4	8	4	2

Bron: MITS, risicotaxaties

Een verdere analyse van de scoreverdeling van de negen van Hildebrand afgezet tegen de behandelduur laat zien dat de modus bij een toenemende behandelduur nadrukkelijk naar rechts schuift (zie tabel 32).

Tabel 32: Behandelduur (klassebreedte 2) van de patiënten van FPC Oldenkotte op het moment van (voor)waardelijke beëindiging in relatie tot de score (klassebreedte 3) op de ‘negen van Hildebrand’ in de periode 2009 - 2012.

Behandelduur\Negen Hildebrand	Totaal	3	6	9	12	15	18	21	≥23
3 jaar	11	2	2	2	2	1		2	
5 jaar	21	6	2	4	3	1	3	1	1
7 jaar	16	3	3	3	5		2		
≥ 8 jaar	31	5	5	5	9	2	3	1	1
Totaal	79	16	12	14	19	4	8	4	2

Bron: MITS, risicotaxaties

Het percentage van de patiënten dat bij de al of niet voorwaardelijke beëindiging in de jaren 2009 – 2012 nog in een afdeling van de kliniek of in een afdeling buiten de beveiliging verbleef is 49,4% (zie tabel 33, de rij: Afdelingen). Wordt deze periode uitgesplitst, dan valt het verschil tussen de perioden 2009 – 2010 en 2011 – 2012 op. De eerste twee jaren scoren 55,9% tegenover 44,4% voor de laatste twee. Het is opmerkelijk dat het klinische deel in de genoemde perioden nauwelijks verandert. De grote verschillen doen zich voor in de categorieën buiten de kliniek waar de nadruk op resocialisatie ligt. De verschuiving betekent dat het aandeel van de patiënten die nog in een resocialisatie-afdeling verbleven op het moment van de al of niet voorwaardelijke beëindiging sterk teruggelopen is. Het aandeel van de patiënten die op dat moment zelfstandig woonden of bij een onderaannemer werden verpleegd, is toegenomen. Dit betekent dat een hoger percentage van de patiënten het resocialisatieproces heeft afgemaakt tot en met de doelbestemming. Dit past bij het beleid het behandeltraject tot en met proefverlof zoveel als mogelijk te doorlopen.

Tabel 33: Verdeling van de verblijfslocatie van de 79 patiënten van FPC Oldenkotte bij (voorw)beëindiging (2009-2010: n = 34; 2011-2012: n = 45)

	2009-2012	2009-2010	2011-2012
Afdelingen kliniek	34,2%	35,3%	33,3%
Afdelingen buiten beveiliging	15,2%	20,6%	11,1%
Onderaannemer	17,7%	14,7%	20,0%
Zelfstandig	32,9%	29,4%	35,6%
Afdelingen	49,4%	55,9%	44,4%
Onderaannemer en zelfstandig	50,6%	44,1%	55,6%
Afdelingen kliniek	34,2%	35,3%	33,3%
Buiten kliniek	65,8%	64,7%	66,7%

Bron: MITS

7.1.6 Toetsing van de behandeling

De koppeling van behandeling en toetsing is door de toenemende behandelduur en de daarmee toenemende duur per verlofmachtiging een aandachtspunt. Het aantal modules, al of niet vastgelegd in een zorgprogramma, zal met de toename van de behandelduur niet automatisch evenredig zijn meegegroeid. Een discussie over de behandelduur om reden van een te hoge behandeldruk is onbekend. Verondersteld mag worden dat onontkoombaar een verdunning van de behandeling was opgetreden.

De eerste overzichten in FPC Oldenkotte op basis van de invoering van de DBBC-productstructuur³⁹⁰ wezen op een gemiddelde inzet van één behandelmodule per intramurale patiënt per week. De eerste reactie van de controller en de applicatiebeheerder was dat de behandelaren de registratie verwaarloosden. Een kleine steekproef op basis van de actuele behandelplannen van één afdeling leerde al snel dat ondanks de aanwezigheid van acht tot tien doelen per behandelplan gemiddeld niet meer dan één module concreet aan een doel was gekoppeld.

³⁹⁰ DB(B)C –Productstructuur voor forensische zorg in strafrechtelijk kader, Diagnose Behandel Beveiligings Combinatie, financieringsmiddel voor de forensische zorg. Ontstaan: De Tijdelijke commissie onderzoek tbs (commissie Visser) heeft geconstateerd dat er onvoldoende aansluiting was tussen de producten van de tbs-sector en die van de reguliere psychiatrie. Ter ondersteuning van de overgang tussen zorgarrangementen, beveelde de commissie aan speciale DBC's op te stellen voor de forensische zorg, waarbij in een speciale veiligheidscomponent is voorzien, de tbs-DBBC (Plan van aanpak terbeschikkingstelling en forensische zorg in strafrechtelijk kader, eerste voortgangsrapportage 2007, p. 18).

Een andere invalshoek is dat niet bekend was welke verlopen in welke mate nodig waren om bepaalde interventies te toetsen. Er bestond daarmee ook geen signaal dat aangaf dat een patiënt niet meer op verlof hoefde omdat zijn ontwikkeling voldoende vaststond.

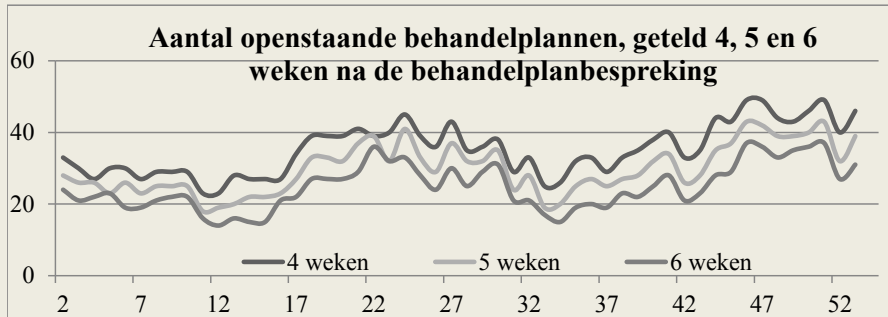
7.1.7 Actualiteit en kwaliteit van de behandelplannen

De actualiteit en kwaliteit van behandelplannen is niet vanzelfsprekend. De Inspectie voor Sanctietoepassing rapporteerde in 2009 dat de tijdige realisatie van de behandelplannen en de tijdige uitvoering daarvan in de helft van de forensisch psychiatrische centra te kort schoot.³⁹¹ Dergelijke knelpunten zijn niet nieuw. De periode van 1990 tot 1996 was ik afdelingshoofd van een intramurale afdeling van FPC Oldenkotte. Het toenmalige behandelplan heette de ‘concretisering van de behandelingsbespreking’ en werd door het afdelingshoofd opgesteld. Het afdelingshoofd was tevens voorzitter van de behandelbespreking, het hoofd behandeling deelnemer. Het hoofd behandeling stuurde functioneel drie afdelingen aan en stond meer op afstand. In het wekelijkse overleg werden de patiënten doorgenomen. De concretisering en het systematisch volgen van de ontwikkelingen op basis van de doelen was echter geen onderdeel van het overleg. In mei 1994 is een afdelingsbeleidsplan opgesteld. Dit eerste nog zeer beperkte plan was gebaseerd op een brainstormsessie met het team, erop gericht om uiteindelijk twee speerpunten te kiezen. Eén speerpunt was het opzetten van een cyclus rond de concretisering. Dat de concretisering beter moest werd in het team breed gedragen. Een opvallende aanbeveling was het aantal doelen te beperken tot twee à drie, vanuit het idee dat het stellen van te veel doelen ten koste zou gaan van de effectiviteit.

In de daarop aansluitende periode dat ik als hoofd van de afdelingen rapportage en automatisering en informatisering werkte zijn er verschillende en uitgebreide formats voor het behandelplan ontwikkeld. Er is dan per patiënt sprake van een hoofdplan dat gericht is op de langere termijn en een behandelplan gericht op de cyclus van de behandelplanbespreking. De verantwoordelijkheid voor het maken van het behandelplan lag bij het hoofd behandeling. Overzichten over de snelheid waarmee de behandelplannen na de behandelplanbespreking werden opgesteld lieten zien dat de norm om het behandelplan binnen drie weken in te leveren, regelmatig overschreden werd (zie grafiek 17). Na een leiderschapscrisis in 2001 bestonden er in het geheel geen actuele behandelplannen meer. De directeur a.i. zorgde er vervolgens voor dat de plannen geactualiseerd werden.

³⁹¹ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2009, p. 26.

Grafiek 17: Compleetheit en tijdigheid behandelplannen



Bron: Wekelijkse overzichten van nog niet aangeleverde behandelplannen, ter herinnering toegevoegd aan de agenda van de behandelbesprekingen

Vervolgens herhaalde de traagheid van aanlevering zich in de periode dat ik operationeel manager was van twee behandelafdelingen, in beide dual opererend met een hoofd behandeling. In eerste instantie bleek het in de eigen afdelingen ook problematisch om geactualiseerde behandelplannen binnen drie weken te ontvangen om ze vervolgens binnen vier weken te kunnen verwerken in MITS. Het laatste was toen ook al, zoals het concept verlofmanagement duidelijk maakt (zie fig. 2, par. 6.2.3), technisch gezien een voorwaarde om te kunnen komen tot een verlofplanning. Nadat ik met de beide hoofden behandeling had afgesproken dat als het niet in drie weken kon het dan maar binnen één week moest, ontstond de praktijk dat de plannen dezelfde dag geactualiseerd werden. Hoe groot het probleem in de kliniek echter was bleek toen afgesproken werd dat een medewerkster van de patiëntenadministratie ten behoeve van de geëvalueerde patiënten in MITS lege behandelplannen en vrijheden zou gaan invoeren. Werkelijk geactualiseerde behandelplannen konden vervolgens niet meer ingevoerd worden.

Er ontstond rond 2007 een leiderschapscrisis. Zoals eerder beschreven is het aandachtspunt van de actualiteit van de behandelplannen na het incident in 2008 gecombineerd met het concept van het verlofmanagement. Vanaf dan is maandelijks een overzicht verzorgd in de management informatie waarin op afdelingsniveau en patiëntniveau de mate van actualiteit weergegeven werd.

7.1.8 Toetsing van de behandeldoelen

Het vaststellen of de behandeling leidt tot de gewenste ontwikkeling is niet eenvoudig. Het gehanteerde format ten behoeve van de rapportage voor de behandelplanbespreking in de periode dat ik operationeel manager was is niet expliciet gericht op het behandelplan maar vroeg een beeld van de patiënt vanuit het vakgebied van de deelnemers aan het behandelteam. Tussen de behandelplanbesprekingen in kende FPC Oldenkotte

ondertussen al wel de multidisciplinaire bespreking waarin wekelijks het multidisciplinair team van de afdeling alle patiënten besprak. In de praktijk ging de aandacht vooral uit naar een paar patiënten, meestal dezelfde vanwege hun conflictueus gedrag, en anderen niet tot nauwelijks aan bod kwamen.

Deze knelpunten leidden er in de eerste plaats in de afdeling toe dat er een vast format voor de agenda kwam waardoor iedere patiënt elke vier weken besproken werd en niet minder belangrijk op de andere drie weken niet. Zijn of haar ‘mentor’, in FPC Oldenkotte ‘Zorgplanner’ genoemd, werd daarvoor standaard ingeroosterd. Het andere punt is dat afgeleid van het hoofdplan en de deelplannen korte termijn doelen werden beschreven. Per patiënt werden maximaal drie doelen geformuleerd en voor vier weken vastgesteld of eventueel weer met vier weken verlengd. Dit maakte niet alleen duidelijk waaraan wel werd gewerkt, maar vooral ook waaraan niet.

De beperking van het aantal doelen had ook te maken met de visie dat het geen zin heeft om opgeteld over alle patiënten van de afdeling de behandeling van rond de honderd doelen te realiseren. Alleen al vanwege onze menselijke beperkingen is focus noodzakelijk. Werd een kortetermijndoel gehaald, dan was het aan de zorgplanner samen met de patiënt een nieuw kortetermijndoel te formuleren. In het multidisciplinair overleg werd deze dan weer vastgesteld, en op hetzelfde moment met gebruikmaking van de beamer vastgelegd. Een praktische bijkomstigheid was dat daardoor de actuele doelen van alle twaalf patiënten op één A4 verwerkt konden worden, en voortdurend ‘realtime’ actueel waren. Ook bij het opstellen van de korte termijn doelen bleek dat het formuleren van concrete doelen een probleem was en bijvoorbeeld afspraken/middelen en doelen nog vaak door elkaar liepen.

7.1.9 Risicofactoren en monitoring behandeling

Eind 2004 is naar aanleiding van de vraag van het hoofd van de afdeling Onderzoek, Zorgontwikkeling en Onderwijs de Hare PCL-R, SVR-20 en HKT-30 in Excel gebouwd. Hierbij is de PCL ook aan de HKT-30 gekoppeld.³⁹² De scores konden dan automatisch verzameld worden, ook over meerdere jaren. Het idee was op basis daarvan een database op kliniek niveau te bouwen.

De ontwikkeling van de risicofactoren zijn op patiëntniveau op basis hiervan ook grafisch weer te geven. Het idee was dat het wellicht illustratief en ondersteunend voor de behandeling zou kunnen zijn in een spindigram (zie bijlage V) weer te geven wat eerder bereikt was, in de laatste behandelperiode bereikt was, wat nog bereikt moest worden en wat acceptabel was gegeven het resocialisatie doel. Later bleek dit niet meer nodig omdat er een landelijk initiatief was een applicatie te bouwen. Het hielp echter te komen tot het concept resultaatgerichtwerken.

³⁹² A. Goosensen & S. Lammers, ‘Hare PCL-R/HKT-30/SVR-20’.

7.1.10 Ordening en planning behandeling en samenwerking met de patiënt

In 2005 heb ik als operationeel manager samen met het hoofd behandeling van één van mijn afdelingen en een sociotherapeute een referaat in FPC Oldenkotte gehouden met als titel: 'Doen' (zie bijlage VI).³⁹³ De aanleiding tot het gepresenteerde concept is in het referaat verbeeld door een figuur waarin medewerkers met haastige spoed verschillende kanten oplopen en waarin de tandwielen die zij aandrijven niet op elkaar ingrijpen (zie bijlage VI). In de presentatie werden de rollen van het hoofd behandeling als projectleider, die van de operationeelmanager als procesleider en de zorgplanner als ondersteuner van de patiënt apart en in relatie tot elkaar en de patiënt uitgewerkt. De opzet was duidelijk te maken wat iedereen van elkaar mocht verwachten en het makkelijker te maken een collega aan te spreken die je in het eigen functioneren belemmerde.

Wat de procesleider bijvoorbeeld diende te bewaken was: "werken vanuit het mdt met korte termijninterventies, elke week voor drie patiënten vastgesteld, behandelplan op de dag van de behandelplanbespreking klaar en een week later in het mdt vastgesteld en elke week de vrijheden expliciet vastgesteld in het mdt."

Op basis van het concept was het ook mogelijk als leidinggevende van de afdeling (procesleider) een soort van functioneringsgesprek te houden met een patiënt en zijn zorgplanner samen op basis van de taakomschrijving van de zorgplanner, dit niet gericht op de inhoud van de behandeling, maar op de mate waarin beiden samenwerkten. Andere aandachtspunten van het concept waren het bespreekbaar maken van de mate van uitvoering van de taken van de behandelaar, het nadrukkelijk uitnodigen van de patiënt om verantwoordelijkheid te nemen, het leggen van de focus in de behandeling op delict en risico en niet alleen het ordenen van het behandelverloop maar ook het plannen.

De nadrukkelijke insteek van het concept was te gaan werken op het niveau van de procesgerichte fase (zie par. 4.1.1.), op basis van een flexibele structuur die erop gericht was de behandeling te ondersteunen. Conclusies in het referaat waren onder andere: "In het kader van de doorstroom biedt het concept kansen op planning, de doelmatigheid en de efficiëntie worden met dit concept verhoogd en het concept is flexibel, stelt ons in staat te leren, de 'state of art' te implementeren of te bepalen." In andere woorden is 'Doen' ook te zien als een vorm van resultaatgerichtwerken.

7.1.11 Draagvlak en draagkracht de behandelduur te verkorten

De politiek is na 2006 in een rustiger vaarwater gekomen vanwege het parlementair onderzoek en de daaropvolgende voortgangsrapportages. Er is een convenant gesloten tussen de staatssecretaris van het ministerie van veiligheid en justitie (MV&J) met GGZ Nederland en de vereniging Gehandicaptenzorg Nederland waarin de doelstelling is opgenomen de behandelduur terug te brengen tot acht jaar.³⁹⁴ Er heeft een seminar door het Adviescollege Verloftoetsing TBS plaatsgevonden, waar als een belangrijke reden voor

³⁹³ A. Goosensen, R. Panjer & N. Hemink, 'Doen'.

³⁹⁴ Meerjarenovereenkomst Forensische zorg, 2013 tot en met 2017, 3 april 2013.

het teruglopende aantal opleggingen de opgelopen behandelduur werd gezien.³⁹⁵ De mening van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming is eerder genoemd (zie par. 1.4), evenals het initiatief van het Forum TBS (zie par. 1.5). De aanvragen van de verlofmachtigingen voldeden aan de verhoogde kwaliteitseisen en het aantal afwijzingen was beperkt (zie tabel 18, par. 6.1.5). De fpa's namen waarschijnlijk ook door de afnemende vraag sneller op en de directeurs van de forensisch psychiatrische centra zijn met de gezamenlijke nota Forensische zorg in perspectief gekomen.³⁹⁶ Bovendien vond 8 november 2013 de werkconferentie Recht & tbs plaats met als centrale doelstelling het vertrouwen in de tbs te vergroten. Een van de drie agendapunten was de behandelduur terbeschikkingstelling. Waar mogelijk werd verbinding gezocht met de eind 2013 samengestelde 'Taskforce verkorten behandelduur tbs' onder voorzitterschap van Bas Eenhoorn.

Er is fors geïnvesteerd in de lerende verlofpraktijk (zie par. 6.1.4). Er is een Landelijke Databank Riscotaxatie (zie par. 5.3.14), de zogenaamde 'negen dynamische factoren van Hildebrand' zijn opgenomen in de formats van de verlofaanvraag en het verlengingsadvies (zie par. 5.3.12). Het verlofmanagement is sterk verbeterd. Landelijk is het aantal onttrekkingen sterk gedaald, in de jaren 2009 en 2010 in FPC Oldenkotte zelfs richting nul (zie tabellen 14 en 15, resp. par. 5.3.7 en par. 5.3.8). Gemeten vanaf 2009 telde DForZo respectievelijk 22, 41, 37, 56 en 35 onttrekkingen.³⁹⁷ De registratie van de klinieken wijkt daar nog enigszins van af (zie par. 5.3.7). Los daarvan kan gesteld worden dat het aantal onttrekkingen na de invoering van de grote maatregelen redelijk stabiel is.

Gezien de eensluidende overtuiging vanuit verschillende landelijke overleggen, kan gesteld worden dat er in de sector en het beleidsnetwerk rond de sector een groot draagvlak aanwezig is om de behandelduur terug te brengen en initiatieven daartoe te ondersteunen. Het beperkte aantal onttrekkingen laat zien dat de draagkracht aanwezig is. Het is daarbij een voorwaarde de forensische scherpste op een hoog niveau te houden, aandacht blijft nodig (zie par. 6.2.4).

7.2 Concept resultaatgerichtwerken

Om de kwaliteiten van een ieder ook optimaal in te zetten bij de aanpak om de behandeling te versnellen wordt het proces zoals beschreven in het verlofmanagement gebruikt als onderlegger. Het gaat er uiteindelijk ook nu weer om dat de betrokkenheid, kennis, ervaring, vaardigheden en inschattingsvermogen van de professional op een effectieve en efficiënte manier ingezet worden. De kansen moeten er niet alleen zijn, ze moeten gezien worden en gegrepen. In het kader van resultaatgerichtwerken wordt eerst gezocht naar meetbare behandeldoelen. Vervolgens worden de doelen aan een passend format voor het behandelplan gekoppeld. De volgende stap is nagaan, gegeven het gebruik van een vaste lijst van meetbare doelen, in hoeverre gebruik gemaakt zou kunnen worden van profielen die samengesteld zijn uit bij de behandeldoelen passende doelscores. Vervolgens wordt

³⁹⁵ Verheugt 2009, p. 5.

³⁹⁶ LBHIV/ODO 2010.

³⁹⁷ Bron Forensische zorg in getal 2009 – 2013.

nagegaan of het mogelijk is modules of disciplines aan doelen te koppelen, en welke kansen dit biedt. Hierbij wordt ook aandacht geschonken aan het systematisch gebruik van afdelingsprogramma's in relatie tot de behandeldoelen. Om trajecten uit te kunnen zetten, te kunnen monitoren en tijdig bij te sturen is gereedschap nodig. Daartoe wordt beschreven hoe hiervoor de trajectkaart en het kerndossier ingezet kunnen worden. Tot slot wordt kort een beeld geschetst in welke mate en hoe in de praktijk met het concept is gewerkt.

7.2.1 Resultaatgerichtwerken

Aan doelen werken is mooi, resultaten behalen is beter. Het thema resultaatgerichtwerken lijkt niets nieuws. Al decennia is het uitgangspunt dat doelen SMART geformuleerd moeten worden, ofwel Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en in Tijd uitgezet.³⁹⁸ Dit geldt ook voor behandeldoelen. De praktijk levert echter een aantal knelpunten op. Het onderscheid tussen doelen en middelen wordt niet altijd gemaakt. Maar ook een relatie tussen doel en wie aan de doelen moet werken wordt niet consequent vastgelegd (zie figuur 3). Er is in de praktijk dan geen heldere cyclus te realiseren waarbij doelen getoetst en bijgesteld worden.³⁹⁹ Het probleem goede behandeldoelen te formuleren ligt breder dan FPC Oldenkotte.⁴⁰⁰ De aangehaalde illustratie uit 2007 betreft het eerste behandelplan van een patiënt na zijn opname. De illustratie is beperkt tot drie van de tien in het behandelplan geformuleerde doelen voor de korte termijn en het enige doel dat voor de lange termijn was gesteld.

Er zijn een aantal redenen om tot goed geformuleerde doelen te komen. Een eerste is dat vage doelen of als interventies geformuleerde doelen niet evalueerbaar zijn. Dit is ook van belang om te voorkomen dat patiënten langer dan nodig opgenomen blijven. Verder helpt het helder formuleren van doelen bij het op gang brengen van het onderhandelingsproces bij aanvang. Ook wordt het dan duidelijker of de patiënt en zijn behandelaar hetzelfde voor ogen hebben. En heldere doelen helpen relevante van niet-relevante zaken te onderscheiden. Tot slot helpen goed geformuleerde behandeldoelen om zowel evidence-based als vraaggericht te werken.⁴⁰¹

³⁹⁸ De Amerikaanse schrijver en hoogleraar management P. Drucker introduceerde de SMART-methode in de jaren '50 van de vorige eeuw. Het is een onderdeel van zijn managementtheorie Management by Objectives, die gaat over het strategisch managen van mensen.

³⁹⁹ Goosensen & Caglayan, *Oldenkotte. Intern onderzoek*, 27 maart 2007, p. 8.

⁴⁰⁰ Tiemens, Reijs, Van Sonsbeek & Hutschemaekers 2010, p. 785.

⁴⁰¹ Tiemens, Reijs, Van Sonsbeek & Hutschemaekers 2010, p. 786.

Figuur 3: Opsomming van enkele doelen en de per doel daaraan gekoppelde middelen uit een behandelplan van FPC Oldenkotte uit 2007

Doelen korte termijn

Doel: Adequaat sociaal netwerk bevorderen en pedofiele c.q. risicovolle contacten vermijden

Middel: Contacten met moeders, zus en stiefvader onderhouden en overige contacten nadrukkelijk begeleiden/monitoren

Doel: Risico inschatten en managen

Middel: Keycard toestaan; Risicotaxatie maken

Doel: Pedofiele kernopvattingen uitdagen en betekenis overlijden vader (c.q. identificatie met vader en moeder) in relatie tot pedofiele ontwikkeling inzichtelijk maken en zo nodig bewerken/verwerken

Middel: Individuele psychotherapie. Exacte indicatie vaststellen na psychodiagnostiek in overleg met mdt

Doelen lange termijn

De behandeling zal na één jaar worden geëvalueerd. Wanneer verdere behandeling mogelijk blijkt zal deze (zeer) langdurig zijn. Verdere behandeling afdeling 2C/2D

Bron: Map behandelplannen FPC Oldenkotte

De bevindingen zoals ook geformuleerd in het interne rapport staan niet op zichzelf. Er wordt gewezen op: “de dringende verantwoordelijkheid van de forensische professionals om meer inzicht te verwerven in de vraag – simpel gezegd – wat werkt bij wie? Door het ontbreken van een samenhangend onderzoek naar deze vraag door de sector zelf zou misschien eveneens gesproken kunnen worden van een professionele crisis”.⁴⁰²

Maar ook: “Op dit moment is de behandeling in de tbs nog een ‘black box’, net zo goed als die in de justitiële jeugdinrichtingen en reguliere psychiatrische ziekenhuizen. We weten nog onvoldoende wat werkt bij welk individu. Flinke inspanningen zullen verricht moeten worden voor behandel-effectstudies, voor risicoprofielen van bepaalde psychiatrische patiënten zoals blijvend delict gevaarlijke, voor de evaluatie van behandelprogramma’s en

⁴⁰² Raes 2003, p. 15.

voor nieuwe behandelingswijzen gebaseerd op het voortschrijdend inzicht in de forensische psychiatrie. Als we de zorg en beveiliging echt op maat kunnen gaan aanbieden door continuïteit in de zorgketen te bieden en gebruik te maken van alle beschikbare kennis wordt de kans op een succesvolle behandeling groter. Deze kennis komt tot nu toe nog moeilijk tot stand. Wetenschappelijk onderzoek binnen deze populatie met psychische stoornissen en crimineel gedrag is niet gebaat bij onderzoeken die ieder voor zich doet op basis van een kleine populatie”.⁴⁰³

Een deel van de kennis zou ‘geleend’ kunnen worden uit de ggz, zoals de geïsoleerde syndromen angst- of stemmingsstoornissen. Er is echter een belangrijk verschil tussen de sector terbeschikkingstelling en de ggz. De dwang & drang van de terbeschikkingstelling “kan bijvoorbeeld invloed hebben op de werkzaamheid van interventies die in de reguliere ggz worden toegepast. Verder is een groot deel van de psychopathologie in de reguliere ggz enkelvoudig, terwijl een groot deel van de terbeschikkinggestelden een meervoudige problematiek heeft, vaak in combinatie met middelenmisbruik. En in de ggz gaat het om het terugbrengen van ziektelast en genezing, in de terbeschikkingstelling is de doelstelling reductie van het risico op ongewenst gedrag en recidive.”⁴⁰⁴

Op basis van een voorstel, verwerkt in een presentatie van een hoofd behandeling, is in de nota ‘perspectief Oldenkotte 2010 – 2011’ vastgelegd dat een patiënt recht heeft op een klinische behandeling die twee jaar na opname duidelijkheid geeft over het vervolgtraject. Het vervolg kan dan bestaan uit resocialisatie, een verdere behandeling, plaatsing in de psychiatrie of herselectie.⁴⁰⁵ Deze doelstelling vereiste een intensivering van het behandel- en verloftraject. Eerder gaf de eerste geneeskundige aan het leidinggevend kader een presentatie waarin hij voorstelde de risicotaxatie in de behandeling centraal te stellen.⁴⁰⁶ Risicofactoren kunnen dan een indicatie zijn om tot de keuze van modules te komen en de behandeling zodanig in te richten dat de risicofactoren meetbaar naar beneden gebracht worden. Hij stelde in de daarop volgende notitie: “Het ligt eigenlijk voor de hand om uitgaande van de items van de HKT-30 een behandeling zodanig in te richten dat de risicofactoren meetbaar naar beneden gebracht kunnen worden.” en verder “Een geslaagde behandeling kan gezien worden als een proces waarin gezocht wordt naar een minimale vorm van externe controle in relatie tot het delict risico. Er zijn argumenten om er voor te pleiten het klinische deel zo kort mogelijk te houden. Klinische behandeling leidt snel tot hospitalisatie. Verder is het klinisch milieu voor een tbs-gestelde erg beperkend. Er is weinig ruimte om fouten te maken en de kans op een chronische machtsstrijd is meer dan levensgroot. De middelen die hierbij ingezet worden (brute of psychologische macht van de kant van de kliniek of juridische macht van de kant van de patiënt) heeft geen goede invloed op het behandelklimaat. En hoe langer iemand niet deelneemt aan het

⁴⁰³ Kuyvenhoven & Van Marle 2003, p. 271.

⁴⁰⁴ De Beurs & Barendregt 2010, p. 333.

⁴⁰⁵ A. Nanninga, presentatie met als onderwerp: Tijdslijn van twee jaar verdeeld over drie maanden diagnostische fase, anderhalf jaar behandel fase en drie maanden evaluatiefase, juli 2009.

⁴⁰⁶ B. Simons, TBS Behandeling in het FPC Oldenkotte.

maatschappelijke leven, hoe moeilijker het is om de draad op te pakken.”⁴⁰⁷ In voorgaande wordt een eerste beweging gemaakt de risicofactoren bij de behandeling te betrekken. Daarnaast wordt ook op inhoudelijke gronden benadrukt dat de behandeling geïntensiveerd moet worden en teruggebracht in duur.

FPC Oldenkotte gebruikte als risicotaxatie instrument de HKT-30. Dit instrument is in opdracht van de directeur van de sector TBS ontwikkeld en te beschouwen als een Nederlandse variant van de Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20). Als vervolg op de aanbevelingen van de werkgroep Ten Horn (1999) en met het mandaat van het Directeurenoverleg TBS heeft het Ministerie van Justitie (Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie TBS) het comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP) onder voorzitterschap van Van den Brink geïnstalleerd. Onderzoekers van alle forensisch psychiatrische centra hebben toen de HKT-30 ontwikkeld, een instrument dat naast elf historische kenmerken negentien kenmerken bevat die dynamisch zijn.⁴⁰⁸ Nadien is het nut van kennis over dynamische persoonskenmerken over de inschatting van de kans op delictrecidive aangetoond (Brand & Van Emmerik, 2001; Hildebrand et al., 2005, 2006; Brand & Nijman, 2007). In 2007 werd na het onderzoek van de commissie Visser het belang van de jaarlijkse metingen van dynamische kenmerken van relatief nog groter belang gevonden: wanneer de HCR-20 wordt gebruikt als instrument voor risicotaxatie dient deze lijst nog aangevuld te worden met negen items over dynamische kenmerken, welke voor een belangrijk deel HKT-30 items zijn.⁴⁰⁹

De inspanningen en het behandelinstrumentarium in FPC Oldenkotte dienden op basis van het idee gericht te zijn op het terugbrengen van de dynamische risicofactoren van de HKT-30 en daarmee op het delict risico. De redenering is dat de maatschappij om veiligheid en bescherming vraagt, de veiligheidsrisico's gemeten worden met risicotaxatie instrumenten en FPC Oldenkotte met de HKT-30 werkt. Het uitgangspunt is dat de historische indicatoren statisch zijn en niet te veranderen, de klinische indicatoren betrekking hebben op actueel gedrag en daarom mogelijk veranderbaar zijn en de toekomstige situatieve indicatoren verwijzen naar beschermende factoren in de context en zodoende ook zijn te beïnvloeden.

Uit onderzoek op basis van de FP40 Observatielijst voor sociotherapeutisch medewerkers (STM) en de FP40 Copinglijst bleek dat personen met de hoogste scores later daadwerkelijk gaan recidiveren. De onderzoekers stellen dat behandeling die tot lagere STM-scores leidt mogelijk ook een vermindering van het recidivegevaar kan bewerkstelligen. Dit betekent volgens de onderzoekers niet dat aan de hand van de lijst individuele beoordelingen kunnen worden uitgevoerd. Ook bleek dat de voorspellende waarde van de significant samenhangende dynamische factoren na verloop van tijd vermindert. Wel is de conclusie dat de STM-lijst een dynamische lijst lijkt te zijn die nuttig

⁴⁰⁷ B. Simons, 'Notitie behandelbeleid, Huidige stand van zaken met betrekking tot het behandelperspectief en het behandelbeleid', 2008, p.3, 6.

⁴⁰⁸ Brand, Emmerik & Raes 2009, p. 41, 42; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 'Handleiding HKT-30 versie 2002. Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie', januari 2003.

⁴⁰⁹ Brand, Emmerik & Raes 2009, p. 42.

kan zijn voor de behandelbeoordeling. En “Omdat de maatregel terbeschikkingstelling met dwangverpleging gericht is op het veranderen dan wel reduceren van ‘delictgevaar’ is het van belang dat gedurende de behandeling door middel van herhaalde metingen veranderbare variabelen in kaart worden gebracht, waarvan bekend is dat ze met de kans op een latere delictrecidive samenhangen.”⁴¹⁰. Er is in het onderzoek niet gezocht naar een lijst van behandeldoelen, maar naar variabelen die gedurende de behandeling gevolgd kunnen worden. De onderzoekers stellen expliciet voor aan de behandeling te gaan meten, op basis van variabelen die indicatief zijn voor mogelijk delictgevaar.

Ook is onderzocht of in de praktijk risicofactoren van de HKT-30 ten goede veranderen. Hiertoe zijn onderscheiden populaties onderzocht: nieuwe patiënten, oude patiënten en overgeplaatste patiënten. Het resultaat was dat de som van de scores van de klinische factoren en de som van de scores van toekomst factoren significant afnamen. Dit betekent dat veel dynamische risicofactoren in de praktijk veranderbaar te zijn. Of de veranderingen het effect waren van de behandeling kon nog niet geconcludeerd worden.⁴¹¹

Als voorwaarden voor goede zorg kunnen de drie hoofdprincipes van ‘What Works’ van Andrews genomen worden, te weten het risico-, het behoefte- en het responsiviteitsprincipe, maar ook het behandelintegriteitsprincipe. Het risicoprincipe vereist dat de behandeling afgestemd moet worden op het recidiverisico, het behoefteprincipe stelt dat elk individu zijn eigen individuele combinatie heeft van factoren die tot crimineel gedrag leiden, het responsiviteitsprincipe richt zich op het uitgangspunt dat de vorm van de behandeling aan de leerstijl, motivatie en vaardigheden van de patiënt aangepast moet worden en het behandelingsprincipe vereist dat de behandeling een doelgericht en doeltreffend protocol heeft, dat de behandelaren goed getraind zijn, de behandeling gemonitord en bijgestuurd wordt en de organisatie deze werkwijze faciliteert.⁴¹²

De predictieve validiteit van de klinische en toekomstige factoren van de HKT-30 is goed, wat belangrijke handvatten kan bieden met het oog op risicomanagement na ontslag.⁴¹³ Een score verandering op de historische schaal kan zich in de loop van de tijd echter wel voordoen. Naar aanleiding van incidenten kan de factor ‘schendingen van voorwaarden betreffende behandeling en toezicht’ toenemen. Dit item van de HKT-30 heeft een aanzienlijke voorspellende waarde voor latere recidive. Dit onderstreept het belang eventuele verslechtingen op de historische schaal in de beoordelingen van verlenging of verlof te laten meewegen.⁴¹⁴ Zowel in het verlofformat van de verlofaanvraag als in het format van het verlengingsadvies wordt gevraagd de incidenten van de afgelopen periode weer te geven, dit inclusief de interventies. Door risicotaxatie kan men in de diagnostische fase het recidiverisico bepalen en de statische en dynamische risicofactoren

⁴¹⁰ Brand & Nijman 2007, p. 230.

⁴¹¹ De Jonge, Nijman & Lammers 2009, p. 211.

⁴¹² Lucker, Bruggeman, Kristensen & Hochstenbach 2010, p. 27.

⁴¹³ Sreen, Ter Horst, e.a. 2009, p. 470.

⁴¹⁴ De Jonge, Nijman & Lammers 2009, p. 212.

identificeren. Een goed uitgevoerde risicotaxatie kan helpen het recidiverisico van een patiënt adequaat in te schatten en daarmee gewelddadig gedrag te voorkomen.

Risicotaxatie-instrumenten zijn niet bedoeld om in het individuele geval een absolute uitspraak te doen over de kans op een recidive. Het fungeert als een checklist, waarbij voor de weging en interpretatie ruimte wordt gelaten aan de behandelaar.⁴¹⁵ Er is echter de indruk dat klinische aannames voor wat betreft de veranderbaarheid van risico's over het algemeen te optimistisch zijn. Het is te adviseren meer op de statische factoren te vertrouwen.⁴¹⁶ Nader onderzoek komt ook tot de conclusie: "De huidige stand van zaken dwingt tot voorzichtigheid wanneer men voor het inschatten van de kans op recidive risicotaxatie-instrumenten of enkel het ongestructureerde klinisch oordeel gebruikt. Wellicht is het niet mogelijk om recidive nauwkeurig te voorspellen. In afwachting van nieuwe ontwikkelingen is het raadzaam zoveel mogelijk gegevens over een onderzochte met elkaar te combineren en de uitkomsten daarvan te toetsen aan het oordeel van andere professionals."⁴¹⁷

Er is in de HKT-30 geen onderscheid gemaakt tussen vrouwen en mannen. Onderzoek op basis van de Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20) laat zien dat de predictieve validiteit voor herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen matig tot slecht is. Om hierop een antwoord te vinden is de Female Additional Manual (FAM) ontwikkeld. De codeerinstructies van vijf items van de HCR-20 zijn aangepast en negen items zijn toegevoegd.⁴¹⁸ Het ontwikkelde instrument dient echter nog gezien te worden als 'werk in uitvoering' en met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Een andere opmerking die gemaakt kan worden is dat in de risicotaxatie geen verband gelegd wordt met de stoornis zoals vastgelegd in de pro Justitia rapportage, en op basis waarvan het delict niet of niet geheel is toegerekend. In het format verlengingsadvies wordt dit aspect apart uitgevraagd als een onderbouwde beschrijving gegeven moet worden van het verband tussen: aanwezigheid van de stoornis, het gevaarscriterium, de gepleegde interventies en de genoemde koers en prognose. Ook bestaat er binnen de forensische psychiatrie nog geen theorie over het verband tussen psychische stoornis en het daarmee samenhangend delict.⁴¹⁹

Doorredenerend kunnen dan vragen gesteld worden als: "hoe moreel en strafrechtelijk relevant (in de zin van schulduitsluiting en als aanknopingspunt voor de oplegging van een maatregel, waaronder de behandeling) is de psychiatrische stoornis wanneer risicotaxatie-elementen niet duidelijk het belang van de stoornis laten zien voor recidiverisico? Met andere woorden: als deze elementen niet laten zien dat de (aard dan wel de behandeling van de) stoornis van doorslaggevend belang is voor het recidiverisico, waarom zijn we dan binnen het strafrecht zo geïnteresseerd in het bestaan van die stoornis. Als een stoornis

⁴¹⁵ Website EFP.

⁴¹⁶ Philipse, Koeter, Van der Staak, Van den Brink 2006, p. 323.

⁴¹⁷ Blok, De Beurs, De Ranitz & Rinne 2010, p. 331.

⁴¹⁸ De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout & Place 2012, p. 332.

⁴¹⁹ Goethals & Van Marle 2012, p. 180.

naar de toekomst niet of slechts in beperkte mate voorspellend is, is het dan wel terecht om naar het verleden toe de invloed van de stoornis als zo ingrijpend te zien dat we iemand zijn daad niet toerekenen?”⁴²⁰

Tot slot kan nog een andere vraag gesteld worden. “Natuurlijk kan risico methodisch, kritisch en evidence-based worden vastgesteld. Maar we moeten de vraag onder ogen zien of we de persoon dan niet als een object gaan beschouwen, ontdaan van alle subjectiviteit. En we moeten onderkennen dat de reden waarom die persoon wordt onderzocht dan wel gelegen kan zijn in een objectief aanwijsbare aanleiding, maar dat de betekenis van de onderzoeksbevindingen vooral met het oog op de toekomst met voorzichtigheid moet worden gezien. Die betekenis blijft immers een vorm van voorspellen en voorspellen heeft, juist als het gaat om complexe organismen zoals mensen, foutkansen.”⁴²¹

Op basis van bovenstaande kan geconstateerd worden dat de voorspelbaarheid van risicotaxatie-instrumenten op individueel niveau beperkingen kent. Het instrument helpt bij de inschatting van het risico maar bepaalt niet. Het is echter belangrijk dat vastgesteld is dat de scores van de dynamische risicofactoren naar beneden gebracht kunnen worden, hoewel nog niet geconstateerd is dat dit een effect is van de behandeling. Voorzichtigheid is geboden. Wel wordt gewezen op het belang van het volgen van veranderlijke variabelen waarvan bekend is dat zij met de kans op een latere recidive samenhangen. Aangezien de dynamische risicofactoren meetbaar zijn en kunnen veranderen zijn ze te beschouwen als variabelen. Er is nog gebrek aan kennis, dat er nog geen theorie is over het verband tussen de psychische stoornis en het delict is daarvan een voorbeeld. Het is belangrijk hiermee rekening te houden wanneer de risicofactoren ingezet gaan worden als variabelen in de behandeling. Door deze variabelen ook expliciet als afhankelijke variabelen te benaderen en niet alleen als onafhankelijke die het recidiverisico bepalen, is het wellicht mogelijk de behandeling doelgericht in te zetten om de scores van de risicofactoren naar beneden te brengen, en daarmee het recidiverisico. Het idee doelgericht aan de risicofactoren te gaan werken lijkt kansen te bieden om in samenwerking met onderzoek gereedschap te ontwikkelen dat de kans op recidive op een doelmatige manier vermindert.

7.2.2 Resultaatgericht behandelplan

Eerder is al beschreven dat het formuleren van actuele doelgerichte behandelplannen in de praktijk een moeizaam proces is (zie par. 7.1.7). Doelen en middelen liepen door elkaar, onvoldoende duidelijk was welke middelen voor welke doelen werden ingezet en of er middelen werden ingezet. Daarbij voldeed het behandelplan niet aan de wet, hoewel deze beperkte eisen stelt. Het verplegings- en behandelplan dient de diagnose te bevatten, de in te zetten therapeutische middelen, de vrijheden, de bijbehorende voorwaarden en de consequenties van het eventueel niet opvolgen van de voorwaarden.⁴²² Het behandelplan zoals gehanteerd in FPC Oldenkotte besteedde geen aandacht aan de vrijheden, de voorwaarden en de consequenties.

⁴²⁰ Kooijmans & Meynen 2012, p. 489.

⁴²¹ Buruma 2011, p. 53.

⁴²² Art. 25 sub c Rv (Hoofdstuk 8. Verplegings- en behandelplan en evaluatie).

De praktijk tot dan is dat telkens na de multidisciplinaire bespreking opnieuw de doelen bedacht werden, ook in die zin dat er geen lijst van doelen bestond die hierin ondersteunend werkte. Het idee van een vaste lijst van helder geformuleerde doelen is gecombineerd met het centraal stellen van de risicotaxatie, de noodzaak rekening te houden met onze beperkingen en de doelstelling de behandeling te intensiveren en te versnellen. Het concept is uitgewerkt op basis van de uitgangspunten dat de behandeldoelen uit een vaste lijst gehaald dienen te worden, deze lijst bestaat uit een beperkt aantal doelen en de doelen meetbaar zijn. Op basis van het beleid de risicotaxatie in de behandeling centraal te stellen is gekozen voor het gebruik van de dynamische risicofactoren van de HKT-30, die daarmee de functie kregen van doelen. Deze doelen zijn ook te omschrijven als resultaatgebieden, aangezien ze meetbaar zijn.⁴²³ Nauwkeuriger gesteld: er is sprake van resultaatgebieden omdat de in het behandelplan gebruikte risicofactor aangeeft aan welk risicogebied gewerkt moet worden en de mate waarin bepaald wordt door het verschil tussen de actuele- en de voor de uitstroomsituatie benodigde waarde.

Vertaald naar het behandelplan betekent dit dat per behandelplan maximaal vijf resultaatgebieden gekozen kunnen worden en per resultaatgebied de uitgangsscore en de doelscore die past bij de uitstroomsituatie van de risicofactor worden weergegeven. Aan een resultaatgebied dient vervolgens minimaal één discipline of behandelmodule gekoppeld te zijn (zie figuur 4). Later is na evaluatie ook ruimte ingebouwd om per resultaatgebied een korte toelichting te geven waarin wordt weergegeven hoe de risicofactor zich bij de patiënt uit en in welke situaties.

⁴²³ Goosensen, Oriëntatie rond de behandelcyclus, 2 februari 2009.

Figuur 4: Manier van beschrijven van een dynamische risicofactor van de HKT-30, de toelichting en de interventies in het behandelplan

• K/T factor:	Uitgangsscore:	Doelscore
• Toelichting (Hoe uit zich dat bij de patiënt en in welke situaties):		
• Behandelinterventies (modules, disciplines):		
○ Sociotherapie		
○ Dienst dagbesteding		
○ Behandelmodule A		
○ Behandelmodule B		

Bron: Format behandelplan FPC Oldenkotte

De risicofactoren van de HKT-30, met nadruk op de ‘negen van Hildebrand’ worden standaard in het verlengingsadvies en de aanvraag van de verlofmachtiging gebruikt, waardoor de manier van werken goed aansluit bij die van belangrijke partners in de sector. Met de bedoeling een instrument te ontwikkelen dat helpt bij de keuze voor een resultaatgebied en de inzet van een module of discipline is een matrix ontwikkeld (zie bijlage IV) waarin de resultaatgebieden zijn afgezet tegen modules/disciplines en in cellen op basis van de kennis en keuze van de professionals aangegeven kan worden of een module goed inzetbaar is voor de behandeling van een bepaald resultaatgebied. Boven in dit format zou dan de historie en daarmee het spanningsveld bijgehouden kunnen worden in het verloop van de risicofactoren ten opzichte van de te bereiken doelscore.

7.2.3 Behandelcyclus resultaatgericht

Bij de uitwerking van het concept resultaatgerichtwerken is het uitgangspunt niet geweest een instrument te ontwikkelen dat blindelings toegepast kan worden, maar dat bedoeld is ondersteunend te zijn aan het klinische oordeel van het multidisciplinair behandelteam in combinatie met het zorgprogramma. Andere ideeën zijn dat het gebruik van de risicofactoren als doelen het voor de patiënt mogelijk helder kan maken waarom het belangrijk is aan een bepaald risicogebied te werken en het gebruik van een vaste lijst van doelen de mogelijkheid biedt impliciete kennis van behandelaren te expliciteren en door onderlinge confrontatie aan te scherpen.

Zoals eerder vermeld is het proces verlofmanagement gebruikt als onderlegger, evenals de multidisciplinaire behandelcyclus die een duur kent van een half jaar. De agenda van de

wekelijkse multidisciplinaire bespreking per patiëntenafdeling (MDT) is op basis van het concept zo ingericht dat een patiënt eens per vier weken wordt geagendeerd.

Jaarlijks wordt per patiënt een risicotaxatie op basis van de HKT-30 afgenomen. Dit leidt al dan niet tot de gewenste afname van de score. Bij aanvang van het behandeltraject wordt het uitstroomperspectief vastgesteld. Met behulp van de diagnose, de delictanalyse en het risicomanagementplan kan een bij het uitstroomperspectief passende set van scores opgesteld worden die samen een doelprofiel vormen waar de behandeling zich op kan richten. Het is niet vereist per dynamische risicofactor van de HKT-30 een score te bereiken van nul. Een behandeling gericht op uitstroom naar een ribw zal naar een ander resultaat werken dan een behandeling gericht op zelfstandig wonen.

De scores en ook de somscores van de risicofactoren kunnen niet als een absoluut gegeven gehanteerd worden (zie par. 5.3.12, 7.2.1). De uiteindelijke interpretatie en afweging is aan de behandelaars. Het behalen van een doelscore of doelprofiel hoeft de behandelaar nog niet te overtuigen, terwijl de behandelaar wel overtuigd kan zijn van het voldoende naar beneden brengen van de risico's op het moment dat de doelscore nog niet gehaald is. Een aandachtspunt daarbij is dat een eerste onderzoek erop wijst dat behandelaren en sociotherapeuten ertoe neigen het functioneren van de patiënt op basis van de dynamische risicofactoren te hoog in te schatten. Voor beide disciplines springen onder andere vijandigheid en het verantwoordelijkheid nemen voor het delict eruit.⁴²⁴ De ontwikkeling van het risicoprofiel op grond van de risicotaxatie is te volgen door middel van een tabel of bijvoorbeeld een staafdiagram⁴²⁵ (zie tabel 34, grafiek 18). Het is belangrijk te beseffen dat het scoreverloop plaatsvindt op ordinaal niveau, waarbij elke score van elke risicofactor een andere beschrijving kent.⁴²⁶

⁴²⁴ Hummelen 2011, p. 11.

⁴²⁵ Het eerder gepresenteerde spindigram heeft als nadeel dat 'terugval' vanwege de vlakkenstructuur onzichtbaar is.

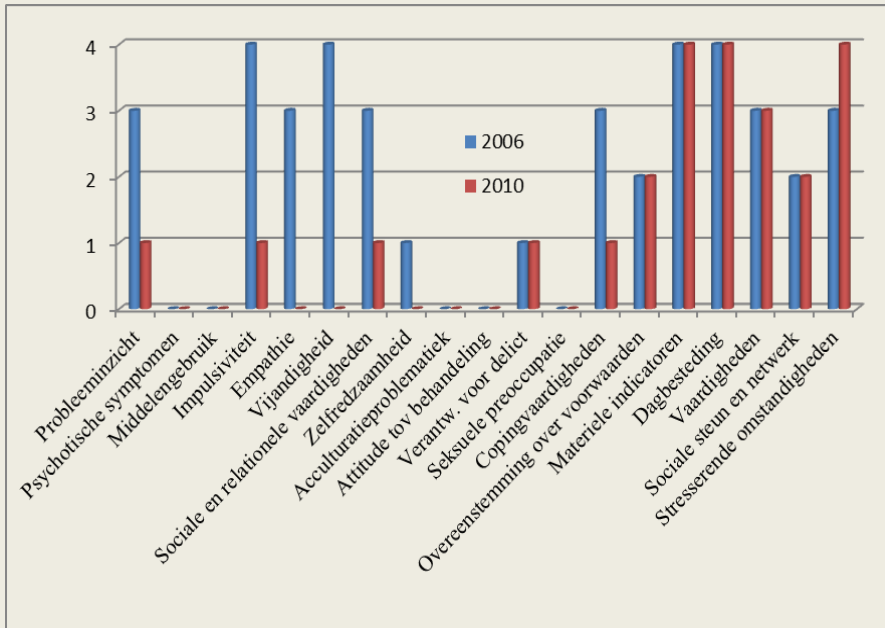
⁴²⁶ Handleiding HKT-30, versie 2002, Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie, december 2002, Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie.

Tabel 34: Voorbeeld van een scoreverloop van de klinische- en toekomstrisicofactoren van een patiënt in FPC Oldenkotte

	Probleeminzicht	Psychotische symptomen	Middelengebruik	Impulsiviteit	Empathie	Vijandigheid	Sociale en relationele vaardigh.	Zelfredzaamheid	Acculturatieproblematiek	Attitude t.o.v. behandeling	Verantw. voor delict	Seksuele preoccupatie	Copingvaardigheden	Overeenstemming over voorw.	Materiele indicatoren	Dagbesteding	Vaardigheden	Sociale steun en netwerk	Stresserende omstandigheden
2006	3	0	0	4	3	4	3	1	0	0	1	0	3	2	4	4	3	2	3
2007	3	0	0	3	3	4	3	0	0	1	1	0	4	3	4	4	4	2	4
2008	3	0	0	3	3	4	3	0	0	1	1	0	3,5	3	4	4	3,5	2	4
2009	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	3	4	4	4	2	4
2010	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	4	4	3	2	4

Bron: Database risicotaxatie FPC Oldenkotte

Grafiek 18: De grafische weergave (van tabel 34) van het scoreverloop van de klinische- en toekomstrisicofactoren van een patiënt in FPC Oldenkotte (2006 – 2010)



Bron: Database risicotaxatie FPC Oldenkotte

Redenerend vanuit de HKT-30 is het wellicht mogelijk niet op te lossen knelpunten te ondervangen door het versterken of aanbrengen van beschermende factoren. Onderzoek onder ambulant behandelde forensisch psychiatrische patiënten laat een gunstiger zelfgerapporteerd delictgedrag zien bij patiënten die deelnamen aan een georganiseerde vorm van vrijetijdsbesteding en of goede werkrelaties hadden. Ook lieten indicatoren als tevredenheid over financiën en gezondheid een positief effect zien op zelfgerapporteerd delictgedrag, evenals het hebben van doelen in het leven en de beoordeling dat men die doelen zou kunnen bereiken.⁴²⁷

Een beoordelingsschaal van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag is de SAPROF. Het is ontwikkeld om in combinatie met een risicotaxatie-instrument gebruikt te worden. De toegevoegde waarde van deze combinatie lijkt vooral op de lange termijn naar voren te komen.⁴²⁸ Het instrument kent zeventien factoren, waarvan de meeste dynamisch en daarmee mogelijk veranderbaar zijn. Voorbeelden zijn Empathisch vermogen, Coping,

⁴²⁷ Bouman 2009, p. 157, 158.

⁴²⁸ Nagtegaal & Schönberger, p. 27, 45.

Zelfcontrole, Werk en Woonsituatie. Dit maakt duidelijk dat er, los van de invalshoek, ook overlap is met de factoren van de HKT-30. Het betreft een driepuntsschaal. In tegenstelling tot de HKT-30 kent dit instrument expliciet een positieve benadering – het samen met de patiënt zoeken naar mogelijkheden – wat een motiverende werking kan hebben op zowel de behandelaar als de patiënt.⁴²⁹

7.2.4 Competenties per module

Het idee is verder de behandeling per resultaatgebied toe te wijzen aan die disciplines of modules die daar goed in zijn. De competenties per discipline of module worden daarom afgezet tegen de risicofactoren. Een eerste score door klinisch psychologen, een gz-psycholoog en de eerste geneeskundige laat zien dat het expliciteren van de aanwezige visie en kennis niet vanzelfsprekend leidt tot een eenduidige matrix (zie bijlage IV).

Aan de ene kant is dit een opmerkelijk resultaat. Het betreft professionals die niet alleen hoog opgeleid zijn, maar ook hun kennis en kunde in voortdurende intensieve wisselwerking met de praktijk hebben doorontwikkeld en fijngeslepen. Er is per individu sprake van ‘tacit knowledge’ van hoog niveau. Tacit knowledge wordt wel omschreven als ingesloten kennis, impliciete kennis en stilzwijgende kennis.⁴³⁰ Maar aan de andere kant is het gegeven des te belangrijker als aanleiding de impliciete kennis van de professionals te expliciteren en deze door toetsing en discussie te verbeteren. Dit past bij de manier waarop professionals kennis ontwikkelen en delen.

Kennis ontstaat op basis van interactie, er is ruimte voor onduidelijkheid en de ontwikkeling van kennis is vaak een proces van serendipity, meestal geen lineair proces.⁴³¹ Deze toetsing kan intercollegiaal plaatsvinden door de behandelaars periodiek te laten scoren en het dan ontstane beeld door te laten spreken. Na verloop van tijd is het echter ook mogelijk de praktijk op basis van de opgestelde behandelplannen in de matrix te verwerken. Ook is het op termijn mogelijk gebruik te maken van een database van de risicotaxaties, met daaraan gekoppeld de ingezette modules en disciplines. Een confrontatie met de praktijk is dan wellicht mogelijk waardoor de discussie aangescherpt kan worden.

7.2.5 Competenties sociotherapie

In het hoofdplan kan de sociotherapie gekoppeld worden aan één of meerdere risicofactoren. Deze risicofactoren zijn de resultaatgebieden waaraan de afdeling tijdens de betreffende behandelperiode dient te werken. In samenwerking met een behandelingscoördinator van een beveiligde afdeling is begin 2011 het idee ontstaan met de sociotherapie samen daarvoor gereedschap te ontwikkelen. Dit betekent dat de sociotherapie per afdeling een soort van gereedschapskoffer vult met interventies die doelgericht ingezet kunnen worden ten behoeve van de behandeling van één of meerdere

⁴²⁹ De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé 2007, p. 29.

⁴³⁰ De Bruijn, p. 10.

⁴³¹ De Bruijn & De Nerée tot Babberich 2000, p. 42.

te behandelen resultaatgebieden. Een eerste opzet voor een deelplan sociotherapie is vervolgens werkende weg in opeenvolgende teambesprekingen aan de hand van nieuwe of geëvalueerde (hoofd)behandelplannen ontwikkeld.⁴³²

De uitwerking van het idee gereedschap te ontwikkelen is gestopt vanwege de start van een project waarin de afdelingsmilieus beschreven werden.⁴³³ De invalshoek werd het gaan gebruiken van leersituaties voor de behandeling op de afdeling. Het verschil met het idee van gereedschap is dat leersituaties globaal geschetst worden en aangereikt, maar niet zijn uitgewerkt in een afgebakende lijst van uitgewerkte interventies en gekoppeld aan resultaatgebieden.⁴³⁴ In de lijst worden voorbeelden van leersituaties genoemd als ‘zelfverzorging, adequaat aanwezig zijn bij maaltijden, opbouwen van een netwerk, afstemmen op anderen, respect voor gaardheden, hulpvragen voor de toekomst en kennen van eigen talenten en beperkingen.

7.2.6 Besluitvorming en klinisch oordeel

Zoals eerder opgemerkt gaat het bij het concept resultaatgerichtwerken er niet om, een rigide construct te ontwikkelen, daarvoor is de wetenschappelijke basis te beperkt en de menselijke werkelijkheid te complex. Het klinische oordeel en inschattingsvermogen van de professional kunnen hierin niet gepasseerd worden, maar wel ondersteund. FPC Oldenkotte kende eerder het zorgprogramma psychotici, het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen, het zorgprogramma autistische stoornissen en het zorgprogramma zeden.⁴³⁵ In 2012 zijn deze doorontwikkeld in de zorgprogramma's gewelddadig grensoverschrijdend gedrag (GGG) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG).⁴³⁶ Beide kennen daarvan afgeleide zorgpaden. De zorgprogramma's zijn daardoor, passend bij de missie en visie van FPC Oldenkotte, meer gebaseerd op het delictgedrag en minder op de problematiek.

Het zorgprogramma ‘draagt’ een pakket behandelmodules aan, de risicotaxatie ‘vraagt’ een pakket modules. De behandelaars kunnen dan op basis van dit materiaal en hun klinisch oordeel en inschattingsvermogen vervolgens per behandelplan (maximaal vijf te bewerken) resultaatgebieden kiezen en deze met behulp van de kennis die vastgelegd is in de matrix binnen het behandelplan het resultaatgebied verbinden aan één of meerdere modules. De behandelingscoördinator stelt als voorzitter van de multidisciplinaire besprekingen het behandelplan op. Het hoofd behandeling is eindverantwoordelijk voor het behandelbeleid en toetst het plan daar aan.

⁴³² G.-J. Nieuwenhuis, Werkprocessen II-C. Verpleegplan 2011.

⁴³³ Stichting Oldenkotte, Visiedocument FPC Oldenkotte 5 januari 2012, p. 10.

⁴³⁴ FPC Oldenkotte, Visiedocument afdeling individueel gericht zorg FPC Oldenkotte, 2014.

⁴³⁵ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2011, p. 24.

⁴³⁶ Jaarverslag Stichting Oldenkotte 2012, p. 23.

7.2.7 Uitgewerkt systeem⁴³⁷

Hiermee zijn de twee behandelcycli, die van de behandelplanbespreking en het multidisciplinair team, nog niet rond. Dit wordt bereikt door de rapportage ten behoeve van de bespreking te koppelen aan de resultaatgebieden. De rapportage ten behoeve van de besprekingen en de wettelijke aantekeningen zijn binnen het concept om reden van efficiëntie en het belang van een goede externe rapportage samengevoegd. Bij de behandelplanbespreking worden de wettelijke aantekeningen van de te evalueren periode gebruikt. In het geval van het wekelijkse multidisciplinaire afdelingsteam staan de patiënten respectievelijk eens per vier weken op de agenda en de wettelijke aantekeningen als rapportage ten behoeve van de bespreking eens per acht weken. De sociotherapie rapporteert in de wettelijke aantekeningen per risicofactor. De ingezette behandelaar of trainer rapporteert aan de sociotherapie die deze bevindingen vervolgens in de wettelijke aantekeningen verwerkt. Het idee was wel om nadat de matrix module/discipline versus risicofactor (zie bijlage IV) kliniekbreed vastgesteld zou zijn, de behandelaar of trainer uitsluitend op die factoren zou rapporteren die op basis van de matrix aan zijn of haar module waren verbonden.

Om de communicatie verder te stroomlijnen is de dagrapportage van de leden van het behandelteam voor ieder van het multidisciplinair team elektronisch beschikbaar met behulp van journaals. Elke vier weken toetst de behandelingscoördinator en het multidisciplinair team op basis daarvan en op basis van de wettelijke aantekeningen de feitelijke inzet van en de ontwikkelingen binnen de modules. In deze cyclus heeft de persoonlijke begeleider, eerder zorgplanner genoemd, een sociotherapeut die als een soort mentor en ondersteuner betrokken is bij een patiënt, een speciale rol. Hij of zij is niet alleen de rapporteur van de wettelijke aantekeningen, maar ook degene die de patiënt in het dagelijkse leven direct en indirect via collega's steunt zijn of haar weg te vinden in de behandeling. Dit kan betekenen dat de persoonlijke begeleider met de patiënt samen nadenkt over de gestelde doelen maar ook helpt woorden te geven aan persoonlijke ideeën. De patiënt krijgt daarbij ook de gelegenheid de eigen rapportage aan te leveren en is in het geval van de behandelplanbespreking in principe aanwezig.

De teamleider draagt door een zorgvuldige roostering er zorg voor dat de persoonlijke begeleider de besprekingen van de aan hem of haar gekoppelde patiënt kan bijwonen. Bijkomend effect van deze rapportagestructuur is dat de rapportagedruk vermindert en de wettelijke aantekeningen tevens op een overzichtelijke manier voeding geeft aan een volgende risicotaxatie. Om reden van het belang een actueel overzicht te hebben van de ontwikkeling van de patiënt is een zogenaamd kerndocument ontwikkeld dat gebaseerd is op het format van de aanvraag verlofmachtiging. Een bijkomend voordeel is dat in het geval een verlofmachtiging wordt aangevraagd het format feitelijk al is ingevuld en het materiaal ook gebruikt kan worden voor het verlengingsadvies.

⁴³⁷ FPC Oldenkotte Werkgroep dossiervorming, Implementatieplan Dossiervorming, augustus 2010.

7.2.8 Professionele autonomie

Er is per module, afdeling of discipline sprake van competenties die verbonden zijn aan bepaalde risicofactoren. Genoemd is al dat het hier gaat om een toewijzing die geëvalueerd en onderzocht moet blijven worden. Andere vragen zijn dan of er voldoende competenties in huis zijn maar ook of er niet een teveel is aan disciplines met gemeenschappelijke competenties, vragen die horen bij de overgang van aanbod naar vraaggestuurde behandeling. Een uitgangspunt van het resultaatgerichtwerken is dat het de verantwoordelijkheid van de disciplines en behandelaren is de competenties waar te maken, goed te doen waar je op basis van de matrix goed in dient te zijn en te werken aan verbetering.

Er wordt vanuit de multidisciplinaire bespreking geen uitgebreide doelstelling op module-, discipline-, trainings- of afdelingsniveau aangereikt (zie par. 7.2.2). Er is in het behandelplan in principe niet meer dan de vaststelling dat van de professional in samenwerking met de patiënt en eventueel parallel aan andere disciplines een effect wordt verwacht per toegewezen resultaatgebied. De module impulscontroletraining bijvoorbeeld helpt de patiënten hun impulsen te hanteren. De module impulscontroletraining scoort zoals je mag verwachten in de pilotmatrix maximaal als het gaat om impulsiviteit (zie bijlage IV). Het doet het echter ook op vijandigheid en copingvaardigheden. Beeldende therapie en andere vaktherapieën scoren op geen enkele risicofactor maximaal. Dit roept in eerste reactie vragen op over de doelmatigheid van deze therapieën.

De vraag kan echter ook gesteld worden of de impulscontroletraining niet te veel hooi op zijn vork neemt, maar ook of de training niet van meer betekenis is of kan zijn voor het resultaatgebied middelengebruik. Bij de beeldende therapie kan de vraag gesteld worden of competenties over het hoofd gezien zijn. De vraag kan ook gesteld worden of deze therapie misschien meer een indirecte, voorbereidende taak in het behandeltraject heeft, waardoor de patiënt in staat is aan bijvoorbeeld de impulscontroletraining deel te nemen.

De structurering met behulp van de matrix betekent uiteindelijk een kans om competenties en kennis te expliciteren en doelgericht in te zetten. De professionele autonomie wordt daarbij geen geweld aangedaan. In feite krijgt de autonomie meer ruimte omdat er geen gebruik meer wordt gemaakt van behandeldoelen waarin uitgebreid wordt ingegaan op wat van de behandelaar verwacht wordt. Het is aan de behandelingscoördinator de behandelaar in zijn professionaliteit te vertrouwen. Het gezamenlijk effect van de verschillende behandelaren, trainingen of disciplines zal dan later moeten zijn terug te vinden in de ontwikkeling van de risicofactoren en de klinische inschatting.

7.2.9 Afdelingsprogramma

FPC Oldenkotte kende tot 2010 een indeling in circuits, een circuit voor psychotici en een circuit voor persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast was een afdeling gericht op de behandeling van patiënten met autistiforme stoornissen. Om een flexibel opname- en doorstroombeleid mogelijk te maken is overgegaan op een indeling op basis van control,

cure en care.⁴³⁸ Een traject gericht op een fpa zal afdelingen bevatten met een hogere inzet van control en care met de bijbehorende competenties dan een traject gericht op zelfstandig wonen. In het laatste geval zal de nadruk meer op cure liggen. Vervolgens is overgegaan op een indeling op basis van de mate van beveiliging, de noodzakelijke en gewenste ondersteuning, de leerbaarheid van de patiënt en individuele of groepsgerichte benadering.⁴³⁹ Ondanks de verschuivingen in indeling en naamgeving kunnen de afdelingen omdat ze gericht zijn op patiënten met een gelijksoortige zorgvraag gezien worden als een programma (zie par. 4.1.2).

7.2.10 Trajectkaart

Naar aanleiding van de vraag van het kennis en diensten centrum om te komen tot een overzicht waarin het behandelverloop en de behandelmodules in de tijd uitgezet kunnen worden is de trajectkaart ontworpen (zie figuur 5, bijlage VIII).⁴⁴⁰ Deze kaart is in de conceptfase al door de Inspectie voor Sanctietoepassing (ISt) gewaardeerd als best practice.⁴⁴¹ Tijdens de werkconferentie Recht & tbs is de trajectkaart gepresenteerd in het kader 'Behandelduur tbs' vanuit het perspectief van transparantie over de behandeling en de niet vrijblijvende vertaling van beoogde resultaten naar inspanningsverplichtingen.⁴⁴² De Taskforce behandelduur tbs onder voorzitterschap van Bas Eenhoorn volgde later. De Taskforce ziet als kenmerken van best practice: "Voor de tbs-gestelde moet idealiter binnen een paar maanden helder zijn hoe de behandeling eruit komt te zien. Een best practice op dit punt betreft de trajectkaart die door FPC Oldenkotte werd gebruikt. In de trajectkaart worden de doelstellingen voor een bepaalde periode van behandeling geëxpliciteerd (waar wordt naar toe gewerkt) in relatie tot de risicofactoren. Daarbij wordt aangegeven welke behandelonderdelen hiervoor (in tijd) zullen worden ingezet. Dit bevordert het traject-denken. Voorts verankert het gebruik van de trajectkaart de externe blik binnen het fpc."⁴⁴³

In de kaart is de eerste opzet op basis van het verloop van de scores van de risicofactoren en daarmee de resultaatgebieden (zie bijlagen IV, V) gecombineerd met de doelstelling van het verlofmanagement de behandelduur gestructureerd te verkorten en de vraag te komen tot een overzicht van het behandelverloop. Dit heeft ertoe geleid dat in de kaart drie trajecten in grote lijnen vastgelegd worden om het verloop van de behandeling vast te leggen. Als tijdsindeling wordt behalve het eerste half jaar, waarin intake en de eerste behandelplanbespreking samen in een half jaar gepland zijn om volgens beleid de klinische behandeling na twee jaar te kunnen evalueren, een kwartaal gebruikt. Dit maakt ook duidelijk dat het geen instrument is om de 'boekhouding' tot in detail op orde te hebben,

⁴³⁸ Stichting Oldenkotte, Jaarverslag 2010, p. 23.

⁴³⁹ Stichting Oldenkotte, Visiedocument FPC Oldenkotte 5 januari 2012, p. 9; Stichting Oldenkotte, Jaarverslag 2012, p. 23.

⁴⁴⁰ Goosensen, Franceschina & Scholte Van Mast 2011.

⁴⁴¹ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2011, p. 21.

⁴⁴² Van Kuijk, Werkconferentie Recht & tbs, Lunteren, 8 november 2013.

⁴⁴³ Taskforce behandelduur tbs, 'Bevindingen en aanbevelingen', 22 december 2014, p. 21.

maar dat het om een middel gaat ter ondersteuning van behandelaar en de patiënt om het behandelbeleid op kliniek niveau en op patiëntniveau te helpen realiseren.

In de eerste plaats is er zoals hierboven genoemd het 'traject van de risicofactoren' ofwel de resultaatgebieden. In de bovenste rij – de zogenaamde initiële risicotaxatie – wordt met een 'X' aangegeven welke risicofactor in het geval van de patiënt een belangrijke delict factor is. Per patiënt wordt verder nagedacht wat het profiel van de dynamische risicofactoren zou moeten zijn om verantwoord uit te kunnen stromen naar het bedoelde uiteindelijke woonperspectief. Dit heet de doelscore. Elke patiënt is verschillend, maar ook is er verschil tussen de eisen die zelfstandig wonen aan een patiënt stelt of bijvoorbeeld een verblijf in een ribw. Verder is er het traject dat weergeeft waar de patiënt fysiek verblijft, te weten de respectievelijke afdelingen en de uitstroomsituatie. Het derde traject wordt dan gevormd door het verloop van de verlofmachtigingen. In het kader van mogelijk voortschrijdend inzicht is van de kaart ook een variant (in concept) gemaakt waarin tevens de beschermende factoren van de SAPROF verwerkt zijn.

Een kenmerkend aspect van het concept resultaatgerichtwerken is dat de doelscore en de twee trajecten na vaststelling in een onafhankelijke commissie (in FPC Oldenkotte de kwaliteitscommissie genoemd, waarin naast de behandelingscoördinator van de patiënt een collega behandelingscoördinator, de eerste geneeskundige, twee klinisch psychologen en een hoofd behandeling zitting hebben) beveiligd wordt waardoor deze niet tussendoor door de behandelingscoördinator aangepast kan worden. Is bijstelling om welke reden dan ook gewenst of noodzakelijk, dan zal de behandelingscoördinator de trajectkaart opnieuw in moeten brengen bij de commissie, dit na raadpleging van de multidisciplinaire bespreking, waarna de kaart eventueel wordt bijgesteld. De uitgangspunten van het resultaatgerichtwerken hebben als doel dat een verschuiving in het tijdspad niet onopgemerkt kan ontstaan en indien het traject eventueel bijgesteld moet worden er van geleerd kan worden.

Figuur 5: Deel van een trajectkaart (volledige kaart in bijlage VIII)

HKT-30	Probleeminzicht	Psychotische symptomen	Middelengebruik	Impulsiviteit	Empathie	Vijandigheid	Sociale en relationele vaardigheden	Zelfredzaamheid	Acculturatie problematiek	Attitude tov behandeling	Verantw. voor delict
initieel	X		X							X	
okt-12	4	0	3	1	3	1	3	0	0	4	3
sep-13	3	0	3	1	3	1	2	0	0	3	3
sep-14											
sep-15											
doelscore	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
				intake		BPB1		BPB2		BPB3	
	aanv kwartaal	jun-12	aug-12	okt-12	dec-12	mrt-13	jun-13	sep-13	dec-13	mrt-14	
	kwartaal	1		2	3	4	5	6	7	8	
	door/uitstroom	II-D						IV-CD			
	machtiging verl								beg verl	beg verl	
Trainings en groepstherapieën	Seksuoloog VRIS				seks	seks	seks	seks			
	Terugvprev.gr.										
Individueel algemeen	RT		rt					rt			
	DKG(SGG)				dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg
	VT-intro		vt intro-s		vt intro-s						
	Vroegsign			vroegs-s	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs
	SD										
	Diagnostiek				diagn-s						
Individueel	Psychoth									gestopt	gestopt
	Seeking Safety										
	DGT/ICT							gestopt	gestopt	gestopt	gestopt

Het moduleverloop en het verloop van de risicotaxatie dient wel in de kaart door de behandelingscoördinator te worden bijgehouden. Deze is hiervoor geautoriseerd. Om reden van het feit dat de verschillende zorgprogramma's zich onderscheiden wat betreft de inzet van modules is per zorgprogramma een trajectkaart ontwikkeld. Wel kent elke kaart de mogelijkheid ook modules van buiten het eigen zorgprogramma in te zetten. De behandelingscoördinator plant op basis van het behandelplan modules in. De betreffende cellen worden dan geel. Volgt de patiënt de module voldoende, dan zet de behandelingscoördinator de cel om in gevolgd, waardoor de cel groen wordt. Is de module niet aangeboden, dan blijft de cel geel, weigert de patiënt de module niet of voldoende te volgen, dan zet de behandelingscoördinator de cel om in gestopt waardoor de cel paars wordt. De planning en de behandelhistorie zijn daarmee in grote lijnen visueel zichtbaar in één of meer pagina's op A4- formaat, dit afhankelijk van de behandelduur.

De behandeling biedt daardoor op een transparante manier perspectief en overzicht. De kaart doet dit niet alleen voor de behandelingscoördinator, het behandelteam, eventueel het behandelteam van een onderaannemer en de patiënt maar ook (waar van toepassing na

toestemming van de patiënt) voor het netwerk van de patiënt en betrokken professionals als rechters, officieren, advocaten, reclassering, de verlofunit en het adviescollege verloftoetsing. In het geval van een overplaatsing naar een ander forensisch psychiatrisch centrum ondersteunt de kaart de overdracht aan de opvolgende kliniek.

Om de behandelcyclus scherp te houden en geen onnodige tijd te verliezen is op basis van de beleidskeuzes de behandelplanbesprekingscyclus in de kaart op grote lijnen vastgelegd. Dit is belangrijk omdat in de praktijk de planning op de lange duur zonder deze 'kalender' om praktische redenen kan worden aangepast. De aanleiding kan bijvoorbeeld zijn dat door uitstel de evaluatiebespreking beter aansluit bij een verlengingsadvies, maar ook kan een bespreking uitgesteld worden vanwege de vakantie van bijvoorbeeld degene die notuleert. Zonder agendering op lange termijn kan de behandelplancyclus van de patiënt, maar ook voor anderen door een domino-effect, ongemerkt een maand of langer opschuiven en de behandelduur verlengd worden. En dit knelpunt kan zich meerdere keren tijdens een behandeltraject voordoen. Daarbij valt op te merken dat bij een behandelduur van acht jaar een maand vertraging tot een verlenging van de behandelduur met één procent leidt en tot extra kosten.

7.2.11 Kerndossier

Het behandelplan, het kerndocument en de trajectkaart vormen samen het kerndossier.⁴⁴⁴ Deze documenten worden daarmee onderscheiden van de rest van het patiëntendossier. Het kerndossier bevat daarmee uitsluitend documenten die de actualiteit weergeven. De gedachte is dat deze documenten ook de speerpunten van de actualiteit bevatten en normaal gesproken voldoende informatie voor de behandelingscoördinator bevatten om de behandeling te kunnen aansturen, verlofmachtigingen aan te kunnen vragen en het verlengingsadvies te kunnen onderbouwen. Tevens geeft het bij een eventuele overdracht van een patiënt aan een andere kliniek of vervolgvoorziening de kern aan van de behandeling en het verloop.

7.2.12 Aandachtspunten bij de kwaliteit van de registratie

Voor de trajectkaart gold dat het in de praktijk nog niet vanzelfsprekend was dat deze onderhouden werd en toegepast. In een aantal afdelingen werd consequent met de trajectkaart gewerkt, samen met de patiënt en eens per vier weken in het multidisciplinair team, daarbij actief onderhouden via de beamer. Andere afdelingen werkten minder actief met de kaart of bij gelegenheid. Ook is gebleken dat er een paar keer afgeweken is van het besluit van de kwaliteitscommissie wanneer te adviseren de terbeschikkingstelling voorwaardelijk te beëindigen. Het aantal afwijkingen is niet uitputtend onderzocht. Dit betekent dat er, ook vanwege de sluiting van de kliniek, nog geen sprake was van een cyclus op basis waarvan een eerste indruk gegeven kan worden over eventuele afwijkingen van de trajecten en hoe daar mee omgesprongen is.

⁴⁴⁴ FPC Oldenkotte Werkgroep dossiervorming, Implementatieplan Dossiervorming, augustus 2010.

7.3 Metingen aan resultaatgerichtwerken

Het gebruik van vaste tabellen voor de behandeldoelen en de verplichting aan een behandeldeel minimaal één behandelmodule of discipline te koppelen maakt het mogelijk in kaart te brengen op welke resultaatgebieden de nadruk ligt en welke combinaties van resultaatgebied en behandelmodule of discipline in meer of mindere mate gebruikt worden. Voor de deelplannen sociotherapie is bij de opzet er niet voor gekozen een vaste lijst van interventies, leersituaties genoemd, te hanteren. Dit maakt een classificatie moeilijker.

In het volgende wordt de relatie tussen de in de behandelplannen gekozen doelen en modules/respectievelijk disciplines in kaart gebracht en onderzocht. Vervolgens wordt ingezoomd op het deelplan van de sociotherapie. Aansluitend wordt beschreven hoe de behandelduur zich heeft ontwikkeld, ook op basis van de prognoses. Hierbij is ook onderscheid gemaakt tussen deelpopulaties. Om iets te kunnen zeggen over de mate van resocialisatie op het moment van de voorwaardelijke beëindiging wordt nagegaan waar de patiënten op dat moment verbleven en welke verlofmachtiging zij hadden. Verblijf en verlofmachtiging zijn mijlpalen in het bij aanvang vastgestelde traject. Om zicht te krijgen op het derde deeltraject worden de risicoprofielen op het moment van opname vergeleken met de profielen bij uitstroom.

7.3.1 Behandelplan, doelen en interventies

Een basisprincipe is dat aan elk resultaatgebied in een behandelplan een interventie in de vorm van een behandelmodule of discipline gekoppeld moet zijn. De resultaatgebieden per behandelplan bestaan uit maximaal vijf dynamische risicofactoren van de HKT-30. Een eerste oriëntatie op basis van een scoretabel, waaraan de eerste geneeskundige, twee klinisch psychologen en een ggz-psycholoog meewerkten, leverde in 2010 een beeld op (zie bijlage IV) waaruit blijkt dat de overeenstemming over welke module passend is bij welke risicofactor beperkt is. Dit is een indicatie dat voor het optimaliseren van een resultaatgerichte behandeling het van belang is ieders keuze te expliciteren en uit te discussiëren, dit om uiteindelijk te kunnen komen tot een tabel van best practices waarin optimaal recht wordt gedaan aan de competenties van de verschillende modules en disciplines.

Eind 2010 is gestart met het gebruik van het format voor het behandelplan waarin risicofactoren als resultaatgebieden gekoppeld worden aan behandelmodules en waar van toepassing disciplines. Om de keuzes van de behandelingscoördinatoren in kaart te brengen zijn de behandelplannen van de eerste opnames van 2010 en 2011 gebruikt. De patiënten zijn daarbij gevolgd tot aan de uitstroom of de overplaatsing. Een aantal behandelplannen is niet meegenomen omdat zij nog ingericht waren op basis van het eerdere format. Indien een risicofactor in twee of meer behandelplannen terugkwam is deze eenmaal gerekend, hetzelfde geldt voor een module of discipline indien deze met de risicofactor doorliep. Deze inventarisatie leidde tot een matrix (zie bijlage IX) gebaseerd op 136 behandelplannen van 17 patiënten van de categorie eerste opnames uit 2010 en 8

van dezelfde categorie uit 2011. Voor deze populatie is gekozen omdat zij bij opname geen behandelhistorie in een ander forensisch psychiatrisch centrum kenden waar eventueel rekening mee is gehouden. Een andere reden is dat zij op het moment van overplaatsing of uitstroom – op één patiënt na – langer dan twee jaar in behandeling waren, de periode waarin de klinische behandeling volgens het beleid van FPC Oldenkotte plaats moet kunnen vinden.

Op basis van het overzicht kunnen een aantal vragen gesteld worden. In de matrix zijn de risicofactoren die vallen onder de ‘negen van Hildebrand’ grijs gearceerd. Deze zijn een belangrijke maat voor het risico op onttrekking en recidive (zie par. 5.3.12 en par. 5.3.13). Indien afgezet tegen de andere risicofactoren overheersen zij echter niet. De risicofactor ‘probleeminzicht’ die het vaakst is gekozen behoort niet tot de ‘negen van Hildebrand’. Een vraag die vervolgens gesteld kan worden is of deze keuze passend is bij de populatie. De resultaatgebieden impulsiviteit, vijandigheid en verantwoordelijkheid nemen voor het delict vallen haast weg. Impulsiviteit en vijandigheid zijn op basis van het gangbare beeld echter belangrijke kenmerken van delictgevaarlijke patiënten. De combinatie van een persoonlijkheidsstoornis, impulsiviteit en vijandigheid wordt wel de ‘antisociale driehoek’ genoemd, een sterke voorspeller van toekomstig agressief gedrag.⁴⁴⁵ Een andere bevinding is “Patiënten met een hoge score op impulsiviteit schenden in de resocialisatiefase sneller voorwaarden en laten dus meer risicovol gedrag zien. De combinatie middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie, de ‘gevaarendriehoek’, blijkt een redelijke voorspeller voor het resocialisatieproces te zijn.”⁴⁴⁶

Kijkend naar de modules en disciplines valt op dat de sociotherapie bij de meeste resultaatgebieden betrokken wordt, bijvoorbeeld 19 maal bij het resultaatgebied ‘probleeminzicht’. De psychiater kent volgens de matrix hierin geen enkele rol. Impulscontrole training is vooral gericht op copingvaardigheden en probleeminzicht, maar niet op de resultaatgebieden impulsiviteit en vijandigheid. Geredeneerd vanuit de module of discipline zijn daarom vragen te stellen over het beeld dat de behandelingscoördinator heeft over de competenties. Impulscontroletraining (ICT) is op basis van de matrix blijkbaar vooral geschikt om copingvaardigheden op te doen en te komen tot probleeminzicht. Het is niet onderzocht of en in hoeverre modules zijn aangeboden buiten de behandelcyclus om, zonder dat de modules aan behandeldoelen waren gekoppeld.

7.3.2 Behandelplan sociotherapie, doelen en interventies

Wat voor het hoofdbehandelplan geldt, gaat ook op voor de deelplannen. Aan elk resultaatgebied behoort een interventie gekoppeld te zijn. De interventies vanuit de sociotherapie worden ‘leersituaties’ genoemd. Er is zoals eerder beschreven (zie par. 7.2.5) geen set van leersituaties vastgesteld die doelgericht aan een resultaatgebied gekoppeld kunnen worden. Daarom is hier aan de hand van de praktijk geprobeerd om een beeld te krijgen van de leersituaties die aan de resultaatgebieden gekoppeld zijn en deze te classificeren. Aan de 136 hiervoor onderzochte behandelplannen zijn echter niet meer dan

⁴⁴⁵ Bogaerts & Spreen 2011, p. 16.

⁴⁴⁶ De Vries & Spreen 2012, p. 434.

19 deelplannen van de sociotherapie gekoppeld. Een eerste poging de gebruikte leersituaties te classificeren leidt niet tot een bruikbaar resultaat. Ook is een deel van de beschreven leersituaties niet als leersituatie herkenbaar.

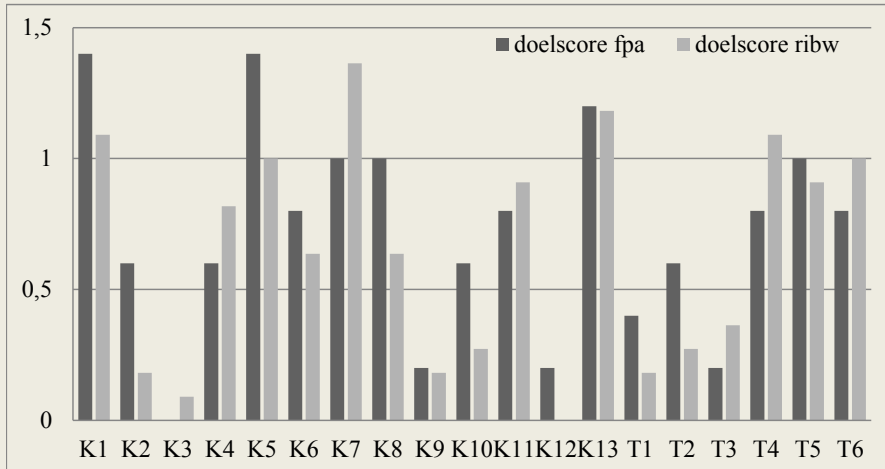
Voorbeelden uit de deelplannen zijn een rollenspel waarin het stellen van een vraag aan het team geoefend wordt, het bijhouden door de patiënt van psychotische signalen, het op de handen zitten en tot tien tellen, het kaartspel gevoelsleven en het weglopen uit spannende situaties. Het aanbieden van contactmomenten komt als leersituatie het meest voor. Rekening houdend met het lage aantal deelplannen en de weinig bruikbare leersituaties valt ook in het geval van de deelplannen op dat de meeste aandacht gericht is op de resultaatgebieden probleeminzicht, psychotische symptomen en copingvaardigheden. Aangezien het deelplan afgeleid is van het hoofdplan is dat geen verrassing. Sociale en relationele vaardigheden, een gebied waarvan verwacht mag worden dat daar juist de kracht van de sociotherapie ligt en waar de sociotherapie volgens de matrix van het hoofdplan acht maal aan gekoppeld is, wordt door de sociotherapie slechts eenmaal gescoord.

7.3.3 Risicoprofielen bij uitstroom

De in de trajectkaarten vastgelegde doelscores voor de risicotaxatie zijn in eerste instantie gebaseerd op de inschatting van de bij de behandeling betrokken behandelingscoördinator. De scores zijn vervolgens in de kwaliteitscommissie vastgesteld en beveiligd. Het idee om risicoprofielen voor bepaalde deelpopulaties samen te stellen op basis van de vastgestelde doelscores bij uitstroom is erop gericht om met behulp daarvan gedeelde kennis te ontwikkelen die vervolgens weer in de praktijk gebruikt kan worden als ondersteuning bij het formuleren van de doelscores per patiënt. Het aantal patiënten dat een doelscore heeft gekregen terwijl er nog geen sprake was van een langere behandelhistorie die de score had kunnen beïnvloeden was beperkt. Om de profielen samen te stellen is gebruik gemaakt van de aanvangs- en doelscores van de 25 eerste opnames van de cohorten 2010 en 2011. Vanwege de beperkte omvang van de populatie hebben de samengestelde profielen daarom maar een beperkte waarde. Om een schets te kunnen maken van de profielen is het gemiddelde per risicofactor berekend (zie bijlage X).

Het betreft een meting waarbij vijf patiënten een perspectief richting een fpa was toegedacht en elf richting een ribw. Twee patiënten kenden een perspectief richting zelfstandig wonen. De andere zeven patiënten kenden nog geen complete score wegens een nog niet te stellen perspectief, een eerdere overplaatsing of ongewenst vreemdelingschap. De 'negen van Hildebrand' zijn grijs gearceerd. Er blijkt een verschil te bestaan tussen de twee profielen (zie ook grafiek 19).

Grafiek 19: Gemiddelde doelscores van de dynamische risicofactoren van de eerste opnames van 2010 en 2011 van FPC Oldenkotte onderscheiden naar een uitstroomperspectief richting fpa of ribw



Bron: Trajectkaarten FPC Oldenkotte

Vanwege de beperkte omgang van de populatie kunnen geen harde conclusies getrokken worden. De in de bijlage weergegeven scores zijn de gemiddelden. Aangezien het om ordinale variabelen gaat, is aan de verschillen in absolute zin geen betekenis toe te kennen. Wel kan bovenstaande gezien worden als een vingeroefening en voorzichtig opgemerkt worden dat de doelscore van de patiënten met perspectief op uitstroom naar een ribw gemiddeld een lagere waarde kent. Dit past bij de verwachting omdat er in een ribw minder begeleiding en beveiliging is, er dus meer van de patiënt zelf verwacht moet kunnen worden. Verder kennen deze patiënten blijkbaar een prognose van de behandeling waar meer dynamiek en mogelijkheden in zit, aangezien bij hen het verschil tussen de gemiddelde doel- en aanvangsscore groter is. Het is daarbij opmerkelijk dat de risicofactor vijandigheid, die nauwelijks in behandelplannen voorkomt, redelijk hoog scoort bij aanvang en gezien de doelscore een intensieve behandeling behoeft.

7.3.4 Einde terbeschikkingstelling en de mate van resocialisatie

De mate waarin er sprake is van resocialisatie is belangrijk. Patiënten kunnen tijdens de resocialisatiefase het geleerde stapsgewijs oefenen in de praktijk. De andere kant is dat de ontwikkeling van de patiënt aan de praktijk getoetst kan worden, eventuele risico's beter kunnen worden ingeschat. Door de aandacht voor de beperking van de behandelduur bestaat het risico dat het belang van een voldoende resocialisatie op het moment van de beëindiging uit het oog verloren wordt. Niet alle patiënten zijn in staat de stappen volgens de rij 'geen verlof – begeleid verlof – onbegeleid verlof – transmuraal verlof – proefverlof –

voorwaardelijke beëindiging – beëindiging’ te maken. Er zijn zelfs patiënten die nooit aan verlof toekomen. Voor hen bestaat het maximaal haalbare uit plaatsing in een gesloten afdeling binnen de ggz. Tussen deze variant en uitstroom richting zelfstandigwonen, doet zich een heel scala van uitstroomsituaties voor waarbij uitstroom al of niet via proefverlof plaatsvindt en vanuit verschillende fasen (zie tabel 35).

Tabel 35: Verdeling van de machtigingen van de eerste opnames van FPC Oldenkotte vanaf 2000 met een (voorwaardelijke) beëindiging voor 2013

2000 - 2012	Aantal	Percentage
Geen machtiging	6	8,8%
Begeleid verlof	2	2,9%
Onbegeleid verlof	4	5,9%
Transmuraal verlof	30	44,1%
Proefverlof	26	38,2%
Totaal	68	100,0%

Bron: MITS

Van de eerste opnames vanaf 2000 die in de jaren tot en met 2012 daadwerkelijk vanuit FPC Oldenkotte een al of niet voorwaardelijke beëindiging kennen blijkt 17,6%, te weten de patiënten met geen machtiging, begeleid verlof of onbegeleid verlof, op dat moment nog geen machtiging te hebben om buiten de kliniek verpleegd te worden. De piek bij transmuraal verlof maakt duidelijk dat het proefverlof vaak is overgeslagen.

Het aantal patiënten uit de populatie eerste opnames vanaf 2000 die voor 2013 een al of niet voorwaardelijke beëindiging kennen en op dat moment nog in de kliniek verblijven, ligt iets hoger dan verwacht mag worden op basis van de machtigingen, namelijk zeventien tegen twaalf patiënten (zie tabel 36). Dit betekent dat een paar patiënten op het moment van de beëindiging een terugval kenden terwijl de reden blijkbaar niet zo ernstig was dat DForZo de verlofmachtiging had ingetrokken.

Tabel 36: Verdeling van de verblijfslocatie van de eerste opnames van FPC Oldenkotte vanaf 2000 met een (voorwaardelijke) beëindiging voor 2013

	Aantal	Percentage
Afdeling kliniek	17	25,0%
Afdeling buiten beveiliging	11	16,2%
Onderaannemer	13	19,1%
Zelfstandig	27	39,7%
Totaal	68	100,0%

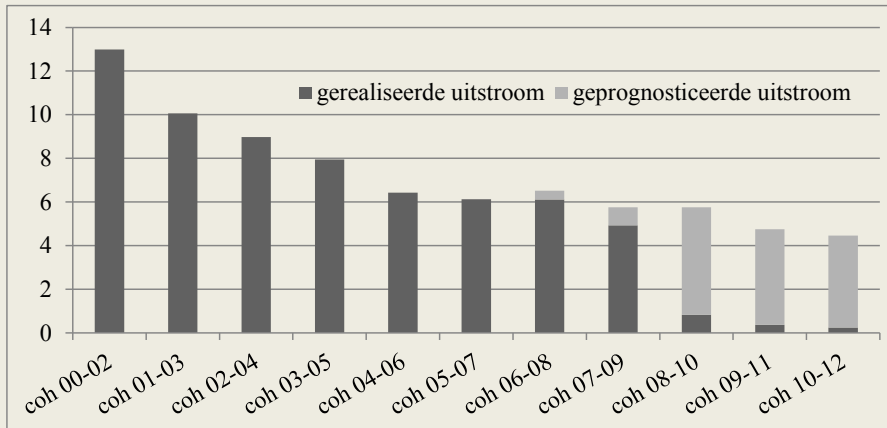
Bron: MITS

7.3.5 Behandelduur, realisatie en prognose

Bij de berekening van de gemiddelde behandelduur is gebruik gemaakt van de definitie van DForZo (zie par. 3.2.5). De vaststelling van de trajectkaarten van de eerste opnames in de kwaliteitscommissie bood de mogelijkheid om de prognose van de behandelduur in het overzicht van de gemiddelde behandelduur te verwerken (zie grafiek 20).

De grafiek is gebaseerd op de situatie van juli 2013 omdat het beeld in de maanden daarna sterk vertekend werd door overplaatsingen in het kader van de sluiting van de kliniek. Het verloop van de kolommen laat zien dat de gerealiseerde behandelduur in FPC Oldenkotte over de instroomcohorten 04 – 06 en 05 – 07 op dat moment iets boven de zes jaar ligt. De invloed van de prognoses neemt daarna snel toe. De prognose van de gemiddelde behandelduur, vastgesteld in de kwaliteitscommissie na voordracht door de behandelingscoördinator, voor het cohort 2010 – 2012 is 4,5 jaar. In het geval de verwachte behandelduur door een ernstig gebrek aan overeenstemming niet bepaald kon worden is deze op 999 gesteld.

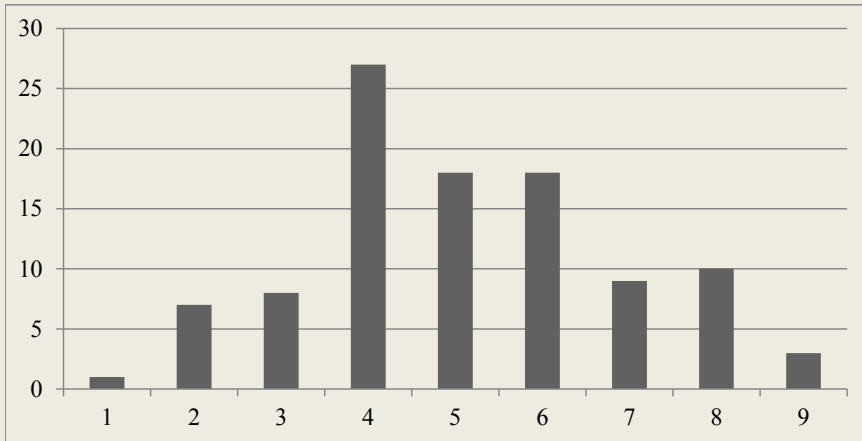
Grafiek 20: Gemiddelde behandelduur van FPC Oldenkotte per instroomcohort eerste opnames op 1 juli 2013, samengesteld op basis van de gerealiseerde uitstroom en de geprognosticeerde uitstroom



Bron: MITS, Trajectkaarten eerste opnames

Om iets te kunnen zeggen over de robuustheid van de indicator is een overzicht gemaakt van de dichtheid van de behandelduur op basis van de instroomcohorten 2004 tot en met 2012 (zie grafiek 21). De 33 patiënten op het totaal van de 134 betrokken eerste opnames die overgeplaatst zijn of een behandelduur kennen van tien jaar of langer zijn meegerekend, maar om reden van de overzichtelijkheid buiten de grafiek gehouden. Er is gerekend met een klassebreedte van één. De mediaan van de populatie ligt op 5,85 jaar en valt in klasse 6. Dit betekent dat de gemiddelde behandelduur stijgt zodra een patiënt met een behandelduur korter dan 5,85 jaar een terugval kent die de behandelduur langer maakt dan 5,85 jaar. Een relatief hoog aantal van de patiënten met een kortere behandelduur moet om op 5,85 jaar te komen een betrekkelijk grote terugval kennen. Daarbij is de dichtheid in de klassebreedte zes rond 5,85 jaar zo verdeeld dat de behandelduur pas in klasse 7 komt indien de mediaan dertien plaatsen opschuift.

Grafiek 21: Aantal patiënten van de cohorten eerste opnames 2004 – 2012 van FPC Oldenkotte per behandelduur (exclusief patiënten met een behandelduur van 10 jaar en langer)



Bron: MITS

7.3.6 Behandelduur per zorgprogramma en geslacht

Het is interessant na te gaan of en in welke mate er verschil is in behandelduur tussen de verschillende zorgprogramma's en tussen de geslachten. Hiervoor zijn de eerste opnames van FPC Oldenkotte vanaf 2000 tot en met 2012 onderzocht. In het geval een patiënt nog niet uitgestroomd was is gebruik gemaakt van de prognose zoals vastgelegd in de trajectkaart. Bij de toewijzing van een zorgprogramma aan patiënten die in het verleden geen zorgprogramma hebben gekend is gebruik gemaakt van de door DForZo gehanteerde differentiaties bij opname (man – vrouw, persoonlijkheidsstoornis – psychotisch), de diagnostiek in het behandelplan en het delict. Er blijken per zorgprogramma grote verschillen in behandelduur voor te komen (zie tabel 37).

Tabel 37: Behandelduur per zorgprogramma en geslacht van de eerste opnames van FPC Oldenkotte van 2000 – 2012

	Mediaan	Aantal
Populatie eerste opnames	6,61	179
Ingedeeld naar zorgprogramma		
GGG ps (grensoverschrijdend geweld pers. stoornis)	6,61	105
GGG psy (grensoverschrijdend geweld psych. stoornis)	5,23	50
SGG ps (seksueel grensoverschrijdend geweld pers. stoornis)	10,73	24
Ingedeeld naar geslacht		
Vrouw	5,39	52
Man	6,97	127

Bron: Trajectkaart, MITS, behandelplannen

De behandeling van patiënten met een seksueel delict, een populatie die in FPC Oldenkotte uitsluitend uit patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bestond, duurde ruim vier jaar langer dan die van patiënten met een geweldsdelict. Nadere raadpleging van de trajectkaarten van de patiënten met een seksueel delict laat zien dat de prognose van een behandeling waarover overeenstemming met de patiënt is binnen de algemene prognose van de behandelduur past. Maar in de gevallen waarbij geen overeenstemming is blijkt er geen prognose te zijn vastgelegd of de prognose longstay. Voor wat betreft de cohort 2010 – 2012 is de verdeling dat van de zes patiënten met het zorgprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag er één een ernstige recidive heeft gepleegd, er van twee geen prognose van uitstroom is vastgesteld, één een prognose kent net boven de mediaan en twee – waarvan één vrouw – een prognose onder de mediaan kennen. Het lijkt een zwart - wit situatie, of er is behandeling mogelijk binnen een redelijke termijn of er is een groot risico op een erkenning als longstay-patiënt.

7.4 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur

De verdeling van de ‘Negen van Hildebrand’ op het moment van de voorwaardelijke beëindiging terbeschikkingstelling is een indicatie voor het recidiverisico. De verdeling over de uitstroom van de sector per jaar is vanwege het aantal van grotere betekenis. Het aantal bij het onderzoek van FPC Oldenkotte betrokken patiënten is 79. Er is voor de overzichtelijkheid gebruik gemaakt van een klassebreedte van drie. De modus van de ‘Negen van Hildebrand’ ligt op twaalf. Het lijkt aannemelijk gezien de mediaan dat de modus op negen of lager moet kunnen liggen. Er is nog geen sectorbrede maat voor beschermende factoren. Het is interessant vanwege het aantal hoge scores een verband te kunnen leggen met juist de beschermende factoren.

Voor de toetsing van de terbeschikkingstelling is het belangrijk dat deze toetsing ook plaatsgevonden heeft in de locatie waar de patiënt na de voorwaardelijke beëindiging blijft wonen. Dit is het geval indien de patiënt zelfstandig woont of bij een onderaannemer verblijft, al of niet met proefverlof. Het percentage van FPC Oldenkotte is gemeten over 2011 en 2012 uitgekomen op 55,6%, dit voor een populatie van 45 patiënten. Afgezet tegen 2009 en 2010 is dit een stijging vanaf 44,1%. Het percentage patiënten waarbij de beëindiging plaatsvond vanuit de kliniek was redelijk stabiel en daalde voorzichtig van 35,3% naar 33,3%. Er is daarom nog ruimte het percentage van de zelfstandig wonende of bij een onderaannemer verblijvende patiënten te verhogen, maar wel beperkt. Een waarde voor de variabele van 60% lijkt daarom haalbaar.

De prognoses van de gemiddelde behandelduur over de cohorten 2009-2011 en 2010-2012 zijn 4,5 jaar of iets hoger. De prognoses zijn nog niet getoetst. Eerdere resultaten van FPC Oldenkotte laten zien dat een gemiddelde behandelduur van zes jaar mogelijk is. Dit resultaat is behaald zonder ondersteuning van of sturing op een prognose. Het lijkt daarom aannemelijk dat een prognose van 5 jaar voor de sector realistisch is. Er dient daarnaast nog aandacht te zijn voor de prognoses van deelpopulaties. Hoewel de variabele redelijk robuust lijkt, is het passend gezien de problematiek van de patiënten een beperkte afwijking van de gerealiseerde behandelduur ten opzichte van de prognose te accepteren en wel ter grote van een half jaar.

Geloofwaardigheid

- Laag aantal recidives
 - Algemene recidive (justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 22,0%; Ernstige recidive (misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 17,0%; Tbs-waardig delict (misdrijf waar een nieuwe terbeschikkingstelling op had kunnen volgen) binnen twee jaar na beëindiging lager of gelijk aan 9,0% (sector).
 - De verdeling van de 'Negen van Hildebrand' bij voorwaardelijke beëindiging terbeschikkingstelling kent een modus bij negen of lager (sector).
 - Percentage van de patiënten dat bij een onderaannemer of zelfstandig woont op het moment van de voorwaardelijke beëindiging is 60% of hoger (fpc).
- Laag aantal onttrekkingen
 - Aantal onttrekkingen per jaar lager of gelijk aan 25 (sector).
- Laag separeergebruik
 - Gemiddelde bezetting van de separeer per jaar, gerelateerd aan een populatie van 100 patiënten lager of gelijk aan 0,2 (fpc).
 - Aantal separaties in een jaar met een duur van tien etmalen of langer is nul (fpc).
- Proportionele behandelduur
 - Een proportionele behandelduur komt overeen met de prognose

- Aantal patiënten dat driemaal of vaker in een jaar is gesepareerd lager of gelijk aan één (fpc).
- Percentage van de populatie op een peilmoment met terugval naar een afdeling met minder vrijheden lager of gelijk aan 15% (fpc).
- Aantal onttrekkingen per 100 patiënten lager of gelijk aan 2,0 (fpc).
- Percentage machtigingen proefverlof in relatie tot het totaal van de machtigingen proefverlof en transmuraal verlof is hoger of gelijk aan 30% (sector).
- Gemiddelde behandelduur op basis van transmuraal verlof bij een onderaannemer of in een eigen woning is kleiner of gelijk aan negen maanden (fpc).
- Percentage eerste opnames met een machtiging begeleid verlof binnen twee jaar groter of gelijk aan 65% en het percentage eerste opnames met een proefverlof of voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar is groter of gelijk aan 55% (fpc).
- De gemiddelde prognose van een instroomcohort eerste opnames is kleiner of gelijk aan vijf jaar (sector). Een afwijking van de gemiddelde gerealiseerde behandelduur (of het beeld dat gaandeweg ontstaat door gerealiseerde uitstroom en bijgestelde prognoses) ten opzichte van de gemiddelde prognose van een half jaar is acceptabel.
- Hoog percentage machtigingen
 - Percentage terbeschikkinggestelden met een machtiging is groter of gelijk aan 75% (sector).

7.5 Samenvatting

In de praktijk is het zwaartepunt van de directe beëindiging van de terbeschikkingstelling naar de voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling verschoven. Sinds kort is het wettelijk onmogelijk zonder de fase van voorwaardelijke beëindiging de terbeschikkingstelling te beëindigen. De rechter gebruikt de voorwaardelijke beëindiging vooral als een relatief korte toets van de uitspraak en niet om een patiënt nog eens negen jaar te kunnen volgen.

Het gebruik van de dynamische risicofactoren in de behandelcyclus leidt niet tot een rigide construct. Bij de advisering en besluitvorming, als het gaat om een al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling, wegen al of niet expliciete klinische overwegingen mee. Een voorbeeld daarvan is het geval waarin een voorwaardelijke beëindiging werd geadviseerd, terwijl kort daarvoor een verlofmachtiging was aangevraagd en vervolgens afgewezen.

Landelijk is het aantal onttrekkingen al jaren beperkt, ondanks de scherpere registratie. Daarmee kan gesteld worden dat de draagkracht om de behandelduur te verkorten vergroot is. De krimp van de sector en de duidelijke signalen vanuit advocatuur en rechterlijke macht maken dat het draagvlak om de behandelduur terug te brengen groter is geworden. Notities en de agenda van congressen maken dat ook duidelijk, evenals het

convenant van de staatssecretaris van het ministerie van veiligheid en justitie (MV&J) met GGZ Nederland en de vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

De toetsing van de behandeling kent een beperkte structuur. In de praktijk is een expliciete kwalitatieve of kwantitatieve relatie tussen behandeling en verloop onbekend. Ook staat een voortdurende monitoring van de behandeling vanwege de hoge dynamiek in een fpc onder druk. Een apart aandachtspunt is de dreiging dat in meer of mindere mate er sprake is van een gebrek aan actualiteit van behandelplannen. Een verdergaande ordening en monitoring van de behandeling lijkt te leiden tot verbetering. Deze ordening is uitgewerkt in het concept resultaatgerichtwerken.

Een uitgangspunt van het concept is dat ten behoeve van het behandelplan geput kan worden uit een afgebakende lijst van min of meer meetbare behandeldoelen, in het concept resultaatgerichtwerken resultaatgebieden genoemd. Een ander uitgangspunt is dat therapeuten en teams op basis van hun competenties aan een resultaatgebied worden gekoppeld. Er is daarbij in het behandelplan geen sprake van uitgebreide doelbeschrijvingen. De actuele score en de doelscore van de als behandel doel gekozen risicofactor zijn in het behandelplan opgenomen, het effect van de inspanningen van de betrokken modules en disciplines blijkt later. Dit effect wordt zeker niet alleen beoordeeld op basis van de mathematische ontwikkeling van het resultaatgebied. Het verloop van de score is vooral bedoeld helpend te zijn bij de besluitvorming, de klinische inschatting blijft belangrijk. Dit geldt ook voor het zorgprogramma als het gaat om de keuze voor modules. De ontwikkelingen worden in de trajectkaart vastgelegd, in het geval dat bijstelling van een traject noodzakelijk is wordt een gewijzigde kaart in de kwaliteitscommissie vastgesteld.

Elk zorgprogramma kent een eigen kaart. Deze kaart maakt het verloop en de prognose van de behandeling transparant. Daarmee brengt de kaart een verdergaande structuur aan. Bovendien worden het behandelplan, het kerndocument en de trajectkaart, documenten die voortdurend actueel dienen te zijn, ondergebracht in een kerndossier. Meting aan de praktijk laat zien dat de structurering kansen biedt kennis te ontwikkelen als het gaat om welke middelen in te zetten bij welke doelen. Ook maakt dit duidelijk dat in een situatie waar een dergelijke structurering ontbreekt mogelijk gebrek aan kennis op dit vlak versluierd wordt.

Verder blijkt het interessant om nader onderzoek te plegen naar verschillen tussen de risicoprofielen van de verschillende populaties. Het gaat hierbij zowel om de profielen op het moment van instroom als op het moment van uitstroom en de verschillen in het verloop. Gezien vanuit het perspectief van kwaliteit van de terbeschikkingstelling is vastgesteld dat een betrekkelijk hoog percentage van de behandeltrajecten niet alle machtigingen doorloopt, er zelfs beëindigingen plaatsvinden vanuit de kliniek.

Metingen aan de behandelduur in FPC Oldenkotte laten zien dat deze ruim onder het gemiddelde en de doelstelling van de sector ligt. De prognose van de gemiddelde behandelduur ligt daar weer onder. Verder hebben de verschillende deelpopulaties binnen de terbeschikkingstelling een belangrijk verschil in behandelduur. Op basis van de prognoses per deelpopulatie kunnen daar weer vraagtekens bij geplaatst worden.

Hoofdstuk 8 Discussie

8.1 Algemeen

De groei en krimp van de sector terbeschikkingstelling is niet het resultaat van een vooropgezet plan van bijvoorbeeld de staatssecretaris, rechters of de directeurs van de forensisch psychiatrische centra. Ook is er geen beleid uitgezet waarin de doelstelling geformuleerd is de behandelduur te verlengen of is ooit getracht te stimuleren dat het aantal onttrekkingen boven de 100 per jaar zou uitkomen. Hetzelfde kan gezegd worden van het gebruik van de separeer. Er bestond in de aanloop naar een sterke stijging van het gebruik van de separeer geen doelstelling het gebruik te verhogen. De uitkomst van de praktijk is het resultaat van interventies en beslissingen op het niveau van $n = 1$. Ook zijn de ontwikkelingen in het algemeen niet voorzien. De eerder toegenomen capaciteit in de sector en de prognoses waarop deze waren gebaseerd zijn daar een sprekend voorbeeld van. Toch is er opgeteld sprake van effecten die een krachtig en strak gehandhaafd beleid veronderstellen. Op het niveau van het stelsel als geheel zijn de effecten zichtbaar van de honderdduizenden individuele handelingen van professionals.

Landelijke ontwikkelingen, zoals de roep om veiligheid onder burgers, media en politiek, hebben invloed. Maar hoewel geen enkele professional erop uit is een patiënt onnodig een paar jaar extra onder dwang te verplegen geeft het hoofd behandeling impliciet stelselmatig elk half jaar in de behandelplanbespreking en in het verlengingsadvies dit signaal af. Er ontstaat geen collectieve verontwaardiging, er wordt niet bedreigd met het nemen van ontslag omdat men vindt dat 'de ontwikkeling te zot voor woorden is of een vorm van barbarisme'. En blijkbaar past de 'zittende' patiëntenpopulatie zich ook probleemloos aan. Er ontstaat intern geen sense of urgency actie te ondernemen, het is aan de wal het schip te keren.

Blijkbaar is een externe prikkel in de vorm van druk belangrijk. In FPC Oldenkotte zijn de dreiging te moeten sluiten en de kans twee miljoen euro extra te verdienen belangrijk geweest om tot grote stappen te komen. Het bood de kans toenmalige achterstand in een aantal opzichten om te zetten in een voorsprong. Personele interventies van de directeur a.i. maakten daarvoor ook ruimte. Ook zal de verregaande transparantie met behulp van de managementrapportage daaraan bijgedragen hebben. De raad van bestuur kon vervolgens verder 'verbinden en bouwen', de ontwikkeling versnelde. Het effect lijkt echter langzaam uitgefaseerd te zijn, alsof het een economische wetmatigheid betreft. Er ontstond weer stroperigheid. Het houden aan en de handhaving van het beleid lijken minder belangrijk te zijn geworden. Tegenvallende patiëntgerelateerde managementrapportage werd op punten niet vanzelfsprekend opgepakt.

Het lijkt erop dat voor de ontwikkeling van de sector kwaliteit, kennis, transparantie, draagvlak, draagkracht en druk in een voortdurende wisselwerking noodzakelijk zijn.

Zonder de factoren druk en transparantie rest de ‘Wet van Maier: Effectiviteit = Kwaliteit maal Acceptatie’. En deze wet lijkt in de praktijk van de terbeschikkingstelling onvoldoende hanteerbaar. De praktijk lijkt te suggereren dat ‘Acceptatie’ waarde vrij is, niet de verantwoordelijkheid van de professional, ook niet als er al sprake is van staand beleid.

Het model dat ontwikkeld is om FPC Oldenkotte te analyseren en de transparantie te verhogen is in de basis gericht op een complexe organisatie waarin sprake is van projectmatig werken op individueel niveau binnen één of meerdere programma's en waarbij het verloop en de duur van het kritieke pad moeilijk voorspelbaar zijn, evenals het resultaat. Ondersteund door inhoudelijke kennis lijkt het in zijn algemeenheid geschikt voor onderzoek binnen een dergelijke klinische setting.

Managementinformatie en transparantie lijken een belangrijk effect te hebben op kennisontwikkeling en innovatie. Het helpt bij het nadenken over trends waarvan nog niet bekend is wat optimaal is, het helpt op het niveau $n = 1$ bij de focus en mobiliseert ‘slapende’ kennis. Hardnekkige knelpunten blijken verrassend snel op te lossen, wat aantoont dat de kans dat er meer in huis is dan je denkt groot is, dat het vooral een kwestie is van aanboren. Dat biedt hoop voor de geloofwaardigheid van de sector.

Het aantal van geloofwaardigheid en proportionaliteit afgeleide variabelen komt op dertien. Een aantal variabelen, zoals het beperken van het separeergebruik, kennen een overlap. Andere als het aantal onttrekkingen kennen een indicator op sectorniveau en op kliniek niveau. De set van variabelen maakt een focus op management niveau mogelijk. Dan blijkt er gezien de resultaten op basis van de tien speerpunten in FPC Oldenkotte meer kennis in huis te zijn dan gedacht om de doelstellingen te halen. De voorgestelde cyclus vereist een vergaande samenwerking en transparantie tussen klinieken, maar ook met DForZo als zorginkoper. Het gaat om doelen die samen bereikt moeten worden, ook al zijn een aantal variabelen op kliniek niveau. Het verbeteren van een eigen variabele leidt tevens tot een verbetering op sectorniveau. En dat is gezien het belang van een geloofwaardige terbeschikkingstelling het enige dat telt.

Het expliciet samenwerken aan één doel is tevens een reden voor de onderzoekers van de verschillende klinieken om elkaar beter te vinden. Casuïstiek en gezamenlijke analyse bieden kansen de te bereiken waarden van de variabelen zo bij te stellen dat het effect verbetert. Het EFP heeft in 2014 geprobeerd het Forensic Knowledge Exchange Platform (FKEP) op te starten. Het is de moeite waard dit nog eens te proberen, de inbreng van andere onderzoekers uit de forensische zorg kan verfrissend werken.

De aan de variabelen gekoppelde waarden zijn in meer of mindere mate een eerste aanzet om de optimalisering van de terbeschikkingstelling verder te helpen. De opzet is dat er nu een verzameling waarden bestaat die op basis van onderzoek realistisch is en waarbij de doelstelling van de ene variabele niet die van een andere frustreert maar juist ondersteunt. Dit is de reden dat bijvoorbeeld de doelstelling van het aantal onttrekkingen per 100 patiënten op twee is gesteld en niet op nul. Maar ook bieden een aantal variabelen wellicht nog ruimte. Het percentage van 30% machtigingen proefverlof in relatie tot de som van de machtigingen proefverlof en machtigingen transmuraal verlof bevat een doelstelling die

nog niet eerder bereikt is, maar wellicht is er gezien het belang van uitstroom via proefverlof nog meer mogelijk. De mogelijkheden kunnen echter beperkt zijn vanwege het aantal patiënten dat op basis van transmuraal verlof in een afdeling van de forensisch psychiatrische centra verblijft.

8.2 Afwijkingen

De ontwikkeling van de onderzochte afwijkingen kent een hoge mate van dynamiek. En daarbij is het belangrijk dat de richting waarin trends zich ontwikkelen te bepalen lijkt. De mate waarin de afwijkingen variëren komt schokkend over. Uitersten worden soms door individuele patiënten beïnvloed. Maar dat vanaf de piek in 2000 het gebruik van de separeer is teruggebracht tot 3,5% is vanuit professioneel oogpunt moeilijk te bevatten. Hetzelfde geldt voor de daling vanaf 2008 tot 8,1%. Doorgeredeneerd vanuit de maxima en minima is het percentage patiënten dat op enig moment op een afdeling verblijft met minder vrijheden dan eerder in het behandelverloop, gedaald tot 40,5% van de populatie. Landelijk gezien is het aantal onttrekkingen op enig moment gedaald tot 20,0% en dat bij een scherpere en completere registratie, voor FPC Oldenkotte gold 0%. Deze ontwikkelingen hebben in een relatief korte periode plaatsgevonden. De bewegingen zijn vanuit de positie van de behandelaar gezien vooral ontstaan door externe interventies of prikkels. Dit biedt de indruk dat er verspreid over de behandelaren wel de benodigde kennis en vaardigheden aanwezig zijn, maar dat een gerichte aansturing van behandelaren noodzakelijk is om die kennis te mobiliseren en te delen.

Een betekenis geven aan de variatie in die zin dat bijvoorbeeld het terugbrengen van de gemiddelde bezetting van de separeer met een 0,5 leidt tot een verkorting van de behandelduur met 3,5 maanden is niet aan de orde. Er mag echter wel vanuit gegaan worden dat de gemeten vermindering als het gaat om de ernst van de meeste afwijkingen doorwerkt op de vermindering van de behandelduur. Gezien de definitie van de gemiddelde behandelduur zou het ook kunnen zijn dat de populatie die een grotere kans heeft op terugval of separatie juist behoort tot de 50% boven de mediaan en het effect niet meer is dan dat binnen de verdeling van de behandelduur over de hele populatie er minder sprake is van een scheve verdeling naar rechts.

Mocht het effect op de gemiddelde behandelduur beperkt zijn, dan nog blijft het de moeite waard. Het uitgangspunt is dat elke patiënt waardevol is, dus ook het terugdringen van de behandelduur per patiënt. Bovendien is het effect op de behandelduur binnen dit kader eigenlijk een bijproduct. Separaties wil je voorkomen vanwege het traumatiserende effect. Hetzelfde geldt voor terugval, dit in combinatie met het belang van een gezond behandelklimaat op de afdeling. En een onttrekking, die in meerdere of mindere mate een forse terugval tot gevolg heeft, kent extra risico's en tast vanuit de maatschappij gezien per definitie de geloofwaardigheid van de sector aan. Een zorgvuldig vastgestelde en geregisseerde behandeling en een bejegening waarbij sprake is van het tonen van enige durf blijken belangrijk bij te dragen aan een proportionele behandelduur, zeker gezien het relatief beperkte verschil tussen de al gerealiseerde resultaten en de latere prognoses. Wellicht helpt het ook om daarnaast systematisch rekening te houden met de

kwetsbaarheden van de patiënt door gebruik te maken van beschermende factoren. Of het omgekeerde gezegd kan worden dat een niet proportionele behandelduur die de prognose ruim overstijgt een symptoom is van een gemankeerde behandeling is een interessante vraag.

De resultaten geven geen zichtbaar optimum aan per mogelijke afwijking. Daarvoor is de onderzoeksperiode te kort en de manier van werken nog onvoldoende systematisch doorgevoerd. En aan de andere kant is de praktijk wellicht al toegegroeid naar een evenwichtssituatie. Het is voor te stellen dat het optimum voor terugval uiteindelijk bereikt is. Voorzichtiger overplaatsen kan ertoe leiden dat patiënten onnodig vertraagd worden overgeplaatst en stagneren in hun ontwikkeling, ook omdat zij uiteindelijk de behandelaar vertrouwen en zelf ook gaan geloven dat een doorplaatsing nog niet verantwoord is, waardoor de behandelduur juist weer toeneemt. En bovendien is het gezien het verband tussen het meerdere keren gesepareerd worden en een overplaatsing het moeilijk voor te stellen dat een stijging van het aantal separaties acceptabel of wenselijk is.

Het valt op dat bijvoorbeeld terugval in het algemeen voorafgegaan wordt door een incident dat tot een beperkt aantal categorieën behoort. Het aantal terugplaatsingen waarbij in de geschiedenis vooraf geen concreet incident is terug te vinden is beperkt. Een verbeterde doorvoering en toepassing van bijvoorbeeld vroegsignalering kan het aantal incidenten wellicht nog verder terugbrengen, en daarmee de kans op terugval. Een verdere verbetering van het leefklimaat kan hetzelfde effect hebben. De algemeen dalende trend van het aantal incidenten binnen deze categorieën lijkt daar op te wijzen.

Grote algemeen geldende maatregelen, te betitelen als 'bulkmaatregelen', hebben gezien het effect op het aantal onttrekkingen zeker effect. Wordt echter dieper op de effecten van deze maatregelen ingezoomd, dan blijkt de kwetsbaarheid van deze maatregelen er in de eerste plaats uit dat de regie over de toepassing in tegenstelling tot de bedoeling bij de patiënt kan komen te liggen. En deze is op het moment van een crisis juist niet in staat tot een evenwichtige afweging van de belangen. Ook huisregels van een individuele kliniek kennen deze valkuil. De casus van de patiënte die de separeer niet wilde verlaten illustreert dat. Het is daarom zaak niet al te snel blij te zijn met behaalde effecten en de maatregelen nauwgezet te evalueren. De almacht van het instituut ingezet tegen de zwakkere blijkt dan opvallend genoeg te kunnen transformeren in onmacht. Tevens is er een categorie patiënten, dit lijken gezien de ontwikkeling van het aantal onttrekkingen vooral zwakkere patiënten als psychotici of zwakbegaafden te zijn, die zeker op het moment van een persoonlijke crisis nauwelijks enige notie hebben van de eventuele consequenties van hun gedrag. De maatregel heeft geen invloed op hun gedrag, maar kan wel leiden tot grote consequenties.

Wordt het aantal intrekkingen van een verlofmachtiging per jaar door de directie forensische zorg afgezet tegen het aantal patiënten, dan lijkt het met de keuze voor deze maatregel in orde te zijn. In 2013 is niet meer dan 1,2% van de patiënten door deze maatregel getroffen. Ten opzichte van het aantal opleggingen van de terbeschikkingstelling gaat het echter al snel om 18% en ten opzichte van het aantal onttrekkingen om 67%. En de

18% kan van grote invloed zijn bij de bepaling van de mediaan van de behandelduur per cohort eerste instroom en daarmee op de gemiddelde behandelduur.

De aanleiding voor de Minister om nadrukkelijk op te treden na een onttrekking is niet omstreden. De eerder geconstateerde onzorgvuldigheden en de resultaten van de uitgevoerde herwaarderings van verlofmachtigingen getuigen daarvan. De vraag kan wel gesteld worden of, gezien de daling van het aantal onttrekkingen en verdere verbeteringen aan de verlofpraktijk, dit beleid nog passend is. De Wet en de techniek op basis van MITS bieden de forensisch psychiatrische centra voldoende mogelijkheden om vrijheden in te trekken. En wanneer van een lopende verlofmachtiging binnen een jaar geen evaluatie wordt opgestuurd verloopt de machtiging automatisch. Bovendien kan een kliniek maatwerk leveren door bijvoorbeeld in eerste instantie alle vrijheden in te trekken, waarna na een zorgvuldige toetsing wel de begeleide vrijheden worden teruggegeven maar niet de onbegeleide vrijheden. De kans op het onnodig intrekken van een machtiging wordt dan wellicht kleiner. Het lijkt erop dat de klinieken juist op het punt waar hun kernkwaliteiten liggen, geëist en verwacht mag worden dat vrijheden zorgvuldig verleend of ingetrokken worden, de eigen verantwoordelijkheid ontnomen is.

In het kader van de behandelrelatie met de patiënt is het van groot belang dat de behandelaar of de kliniek na een onttrekking zelf stelling neemt en kan nemen. De vraag is zelfs of het niet moeilijker wordt om als behandelaar voor de maatregel te gaan staan en niet te verwijzen naar 'justitie' dan wanneer op basis van de eigen verantwoordelijkheid zelf de maatregel genomen is. De intrekking van de machtiging vindt plaats op basis van een regeling, terwijl de behandelaar op basis van de inhoud met de patiënt in de slag moet. In het verlengde hiervan geldt dit risico ook voor de leidinggevende in relatie tot de behandelaar. Het handhaven van de betrokken afstand kan onder druk van de opgelegde regeling extra lastig worden. Om een optimale forensische scherp te bereiken is een even scherpe positionering van de spelers essentieel.

Een ander belangrijk aspect is de beschaving van de samenleving. Er is de roep om strikte veiligheidsmaatregelen. Deze maatregelen blijken voor een niet onbelangrijk deel te werken. Dit ontslaat de samenleving echter niet van de verantwoordelijkheid, ook als het gaat om terbeschikkinggestelden, oog te hebben voor de kwetsbaren. De maatregel de machtiging in te trekken na een onttrekking blijkt in de praktijk 'te hoog gegrepen' voor psychotische en zwakbegaafde patiënten. Deze patiënten zijn niet in staat de consequenties van een onttrekking te overzien, maar lopen wel het risico dat hun machtiging voor een jaar wordt ingetrokken. Dit is misschien juist van belang omdat de dynamiek die zich in de hele samenleving voordoet, dat een groeiende groep van kwetsbaren het in een steeds complexere samenleving niet meer redt, wellicht op een zeer speciale manier door de extreme situatie van de terbeschikkingstelling weerspiegeld wordt.

8.3 Verlofmanagement

De gepleegde inspanningen op het vlak van de verlofpraktijk zijn sectorbreed en per kliniek onbekend, en worden gezien het genoemde aantal van 50.000 verloven per jaar in

de literatuur, ook aangehaald in uitspraken van de staatssecretaris, ernstig onderschat. Het aantal verloven dat een relatief kleine kliniek als FPC Oldenkotte kent is daarvoor een indicatie. Kennis hoeveel verloven nodig zijn, op welk doel gericht en dat per fase en type patiënt, kan daarom niet ontwikkeld worden. De ontwikkeling van deze kennis zou niet alleen een inhoudelijke onderbouwing van de planning van de verloven ten goede kunnen komen, maar ook meer inzicht geven in de benodigde behandelduur. En deze kennis kan op belangrijke momenten ook helpen in het gesprek met de Verlofunit, dit om concreter te maken in hoeverre de behandeling is getoetst.

Het aantal patiënten met een machtiging is jarenlang achter gebleven bij de groei van de sector. Vanaf 2007 loopt de ontwikkeling van het aantal verlofmachtigingen enigszins synchroon met die van het aantal opgenomen patiënten. Dit betekent in een krimpende sector dat de behandelduur nog niet echt aan het afnemen is. Vanaf 2012 daalt het aantal verlofmachtigingen iets langzamer dan de fysieke bezetting. Er is echter pas werkelijke sprake van een indicatie voor een versnelling van de behandeling als het verschil tussen de daling van het aantal machtigingen en de huidige daling van de populatie sneller groeit. De bijdrage van het proefverlof aan het aantal machtigingen blijkt te dalen. Dit is opmerkelijk omdat het aantal patiënten met transmuraal verlof nog steeds stijgt. Het is een indicatie dat er sectorbreed mogelijkheden zijn om de behandelduur terug te brengen door een versnelde uitstroom vanuit transmuraalverlof naar proefverlof te stimuleren.

Aangenomen mag worden dat het risico op het moment dat de rechter overgaat tot een voorwaardelijke beëindiging van een terbeschikkingstelling, tot een lager niveau terug gebracht moet zijn dan wanneer een machtiging proefverlof wordt verleend. De sector kiest daarmee door het frequent overslaan van het proefverlof impliciet voor een verlenging van de behandelduur. Het deel van de transmurale fase waarvoor in principe ook proefverlof ingezet kan worden telt in tegenstelling tot proefverlof mee als behandelduur. Gemist wordt een expliciete discussie over het belang van de proefverloffase en de al of niet gewenste effecten van het in de praktijk gevoerde beleid. Deze discussie zou gevoerd moeten worden door de ketenpartners. Tenslotte kent de reclassering een specifieke rol in de proefverloffase en mag de rechter een toetsing verwachten die aansluit bij de wetgeving.

Het forensisch psychiatrisch centrum is in de fase van transmuraal verlof volledig verantwoordelijk, dus ook voor de dagelijkse verpleging, beveiliging en behandeling. Dit vereist – in goed overleg met de onderaannemer – in de kliniek een intensief beraad, over vrijheden en daarbij behorende voorwaarden, maar ook inhoudelijk over de behandeling. In de praktijk blijkt de positionering niet geheel duidelijk en voor verbetering vatbaar. De rapportages van de patiënten met transmuraal verlof zijn in FPC Oldenkotte beperkt of afwezig en het gebrek aan forensische scherppte in relatie tot deze patiënten blijkt uit de patiëntgerelateerde managementinformatie. Mocht dit gebaseerd zijn op de inschatting van de kliniek dat een actieve monitoring niet meer nodig is, dan mag verondersteld worden dat de risico's blijkbaar zo verminderd zijn dat een volgende fase als proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging geïndiceerd is.

De actieve sturing op de versnelling van de aanvraag van een machtiging begeleid verlof en op een versnelde uitstroom vanuit transmuraal verlof heeft in FPC Oldenkotte in betrekkelijk korte tijd geleid tot een relatief hoge stijging van het percentage patiënten dat respectievelijk binnen twee jaar of acht jaar aan de norm voldeed. De beperkte versnelling van de sector, waar gezien de gehanteerde definitie FPC Oldenkotte voor een bovengemiddeld deel verantwoordelijk voor is, maakt ook duidelijk dat de versnelling van de behandelduur geen autonoom proces is. De tijdelijke stijging van het aantal patiënten met transmuraal verlof die na de eerste daling in het verloop bij FPC Oldenkotte zichtbaar is, illustreert dat een permanent onderhoud van het beleid belangrijk is.

De verkorting van de gemiddelde duur van de fase zonder verlofmachtiging en van de fase met de machtiging transmuraal verlof is gerealiseerd zonder specifieke inhoudelijke interventies. Het gaat om relatief eenvoudige ingrepen, er is geen knelpunt opgelost voor wat betreft kennis. De dynamiek lijkt er tevens op te wijzen dat de veronderstelde externe invloed op de toename van de behandelduur beperkt is of verkeerd is ingeschat.

Een belangrijke kanteling is dat de gemiddelde behandelduur niet meer uitsluitend gezien kan worden als de optelsom van zich los van elkaar ontwikkelde bijdragen op het niveau van $n=1$ (zie par. 8.1). Tot de interventie bestond er geen directe aansturing van buiten het multidisciplinaire behandelteam. Geredeneerd vanuit een zorgvuldig opgezet en uitgevoerd behandelverloop zou het effect van de interventies te verwaarlozen moeten zijn. Gezien de beperkte dynamiek op sectorniveau zijn er geen tegenindicaties om te veronderstellen dat interventies in andere forensisch psychiatrische centra ook kansrijk zijn.

8.4 Resultaatgerichtwerken

Het behandelplan blijkt een onderdeel van de behandelcyclus met de nodige problematiek. De praktijk in FPC Oldenkotte toont aan dat de aanwezigheid van een actueel behandelplan geen vanzelfsprekendheid is. Een actieve sturing door een leidinggevende op de actualiteit van het behandelplan lijkt noodzakelijk te zijn. Dit is opmerkelijk omdat het behandelplan in de cyclus een onmisbare schakel is en de wet eist dat een patiënt drie maanden na opname een behandelplan heeft dat minimaal jaarlijks wordt geëvalueerd. En zonder behandelplan kan er ook door bijvoorbeeld de sociotherapie geen deelplan opgesteld worden. Binnen het al of niet duale leiderschap van een afdeling is het van belang onderscheid te maken tussen de rol van projectleider en procesmanager. De procesmanager zal dan de leider zijn die actief stuurt op de actualiteit van de behandelplannen waardoor de procesmanager ruimte houdt voor de inhoud. Een actieve monitoring met een maximale transparantie blijft van belang om te voorkomen dat afwijkingen van de norm buiten beeld blijven.

Het is opvallend dat de afwezigheid van een behandelplan niet leidt tot een klacht of een vraag om bemiddeling van de betrokken patiënt bij de commissie van toezicht. Een patiënte heeft een klacht ingediend die door de commissie van toezicht niet-ontvankelijk is verklaard omdat de commissie vond dat op basis van de Beginselenwet verpleging ter

beschikking gestelden hier niet over geklaagd kon worden. De klacht is vervolgens niet overgedragen aan de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

Maar ook de leden van het behandelteam waaronder de persoonlijk begeleider komen gezien de resultaten niet tot onvoldoende in actie. Het multidisciplinair team is tenslotte bij uitstek een plaats om de behandeling en de forensische scherpste samen te bewaken. Voor het managementteam geldt vervolgens hetzelfde. Er ontstaat geen conflict waarin gesteld wordt dat het verantwoordelijke lid er voor dient te zorgen dat de managementinformatie de volgende maand een ander beeld laat zien. In welke mate bovenstaande een remmende invloed heeft gehad op het effect van het resultaatgerichtwerken voor wat betreft de behandelduur is moeilijk te zeggen. Ad hoc acties blijken namelijk ook te kunnen leiden tot een versnelling. Tweemaal bleek na een voorwaardelijke beëindiging uit de controle van de trajectkaart dat de terbeschikkingstelling op basis van het advies van de behandelingscoördinator een jaar eerder beëindigd was dan zoals was vastgesteld door de kwaliteitscommissie. Er is geen volledig beeld omdat de controles niet systematisch zijn uitgevoerd, maar in deze gevallen een reactie waren op vraagtekens bij de beëindiging.

Het overzicht in het kader van een verdere verdieping van het resultaatgerichtwerken waarin de in de behandelplannen gekozen resultaatgebieden afgezet zijn tegen de behandelmodules en disciplines, maakt duidelijk dat de praktijk niet vanzelfsprekend spoort met de verwachtingen op basis van de theorie. Resultaatgebieden als impulsiviteit, vijandigheid en verantwoordelijkheid voor het delict die tot de ‘Negen van Hildebrand’ behoren, komen nauwelijks in de behandelplannen aan bod. Deze worden echter wel, omdat de totaalscore de beste voorspeller blijkt te zijn als het gaat om een onttrekking aan toezicht of recidive, expliciet uitgevraagd in box 4.1 van de formats van de verlofaanvraag en het verlengingsadvies. Impulsiviteit en vijandigheid worden ook genoemd als onderdelen van de ‘anti-sociale driehoek’ die een sterke voorspeller blijkt van agressief gedrag. Middelengebruik en impulsiviteit tenslotte worden genoemd als onderdeel van de ‘gevaardriehoek’ die een redelijke voorspeller blijkt voor het resocialisatieproces.

Dit spanningsveld tussen praktijk en theorie betekent ook dat een eventuele doorontwikkeling van de lijst van resultaatgebieden, het laten vallen van doelen of het toevoegen van bijvoorbeeld beschermende factoren uit de SAPROF, zeer voorzichtig dient te gebeuren. Een ander aandachtspunt is de kritiek op de beperkte prevalentie van de klinische risicofactoren. Een voortdurende wisselwerking tussen praktijk en wetenschap, ook om de wetenschap te voeden, is daarom naar mijn idee een vereiste om te kunnen komen tot een tabel die uiteindelijk een degelijke empirische onderbouwing kent.

De vertaling van de al of niet aanwezige relaties tussen de in het behandelplan opgenomen behandeldoelen en de behandelmodules en disciplines in de matrix biedt een eerste kans om de nu per individuele behandelingscoördinator geëxpliceerde kennis te delen en uit te discussiëren. Ook hier lijkt voorzichtigheid en een wisselwerking met de wetenschap van belang. In de eerste plaats werken hier de vraagtekens bij de keuzes voor de resultaatgebieden door, maar ook de spreiding van de modules per resultaatgebied geeft slechts beperkt richting. De ontwikkeling van de gewenste kennis is een traject dat

verrassende inzichten oplevert, maar om tot een hoog kennisniveau te komen zal het naar mijn idee nog veel gezamenlijke inzet en doorzettingsvermogen kosten.

Een belangrijke overweging om de interventies van de sociotherapie ten behoeve van het deelplan te standaardiseren is de noodzaak tot beperking. De meeste diensten in de sociotherapie worden met twee of drie sociotherapeuten gedraaid. Het aantal patiënten per afdeling is voor de normaal beveiligde afdelingen twaalf. De intensieve zorg kent een lager aantal. Een dienst bestaat uit een scala van activiteiten. Voorbeelden zijn het wekken van de patiënten en inschatten hoe ze de dag zullen beginnen, de huisdienst begeleiden, het stimuleren tot de dagbesteding, verloven voor- en nabespreken, verloven begeleiden, de maaltijden en pauzes begeleiden, met patiënten sporten, bezoek controleren, conflicten hanteren, overdragen en rapporteren. Maar ook moet de was op tijd weg, evenals het vuilnis, is er overleg met de medische dienst, wordt medicatie uitgedeeld, vinden er urinecontroles plaats en moet een patiënt soms een blaastest doen. Als steun op de achtergrond is de duale leiding van de afdeling of de bereikbaarheidsdienst beschikbaar. Elke activiteit kent zijn therapeutische waarde, maar om tussen alles door ook nog planmatig verdeeld over de patiënten op basis van de behandoelen gerichte interventies te bedenken en te plegen is erg veel gevraagd. De standaardisering van het deelplan sociotherapie is echter niet consequent doorgevoerd. De leersituaties zijn ondanks de opzet niet concreet gemaakt en evenmin zijn deze verbonden aan resultaatgebieden. Het is op basis van voorgaande daarom niet verwonderlijk dat de invoering van het deelplan onvoldoende op gang is gekomen. Om bij elk deelplan opnieuw leersituaties te bedenken is in een optimale situatie al moeilijk genoeg, in de hectiek van de diensten is het, dunkt mij, voor de sociotherapie schier onmogelijk. De eerder genoemde pilot in een beveiligde afdeling heeft me echter ervan overtuigd dat het de moeite waard is te komen tot een set van leersituaties, toen gereedschap genoemd, die de sociotherapie kan gebruiken voor bepaalde resultaatgebieden.

De mate waarin er sprake is van resocialisatie bij de al of niet voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling lijkt op basis van een vergelijking tussen achtereenvolgende blokken van twee jaar te beïnvloeden. Daarbij is de eerste indruk dat het percentage patiënten dat op het moment van de beëindiging nog in de kliniek verblijft nauwelijks vermindert. Niet elke patiënt zal in staat zijn op een resocialisatie afdeling te verblijven of uit te stromen via een verblijf buiten een afdeling van de kliniek. Nu blijkt dat de percentages te beïnvloeden zijn, is het interessant te onderzoeken wat mogelijk is, waar het optimum ligt. Het betreft geen kengetal dat op sector niveau bijgehouden wordt.

Een te starre handhaving van het beleid dat een patiënt eerst zelfstandig of bij een onderaannemer dient te wonen op basis van transmuraal verlof of proefverlof voordat een voorwaardelijke beëindiging wordt geadviseerd, zal op basis van de resultaten van de eerste opnames vanaf 2000 voor een belangrijk deel van de patiënten leiden tot een stijging van de behandelduur. Een behandellijn waarbij al snel een voorwaardelijke beëindiging wordt geadviseerd kan als effect hebben dat er nauwelijks sprake is van een toetsing van de behandeling in de praktijk van de samenleving. Het is daarom opmerkelijk dat vanuit de politiek, de rechterlijke macht of elders vanuit de sector tot nu geen stappen zijn

ondernomen om de mate waarin er sprake is van resocialisatie op het moment van beëindiging van de terbeschikking in kaart te brengen. Dit lijkt erop te wijzen dat de ontwikkeling van het huidige beleid op het vlak van behandelduur nog kenmerken heeft van incidentpolitiek. Op basis hiervan lijkt het passend doelen op het vlak van behandelduur en resocialisatie te koppelen.

Voortbouwend op het voorgaande denk ik dat de behandelduur in combinatie met de resocialisatie beoordeeld moet worden. Op basis van de resultaten in FPC Oldenkotte lijkt er in de huidige fase nog ruimte te zijn om parallel aan beide indicatoren te werken. De indicator voor behandelduur is recent door DForZo en de klinieken gezamenlijk opnieuw ontworpen en vastgesteld. Op dezelfde manier kan ook een indicator voor de mate van resocialisatie ontworpen worden. Hiervoor kunnen de machtigingen gebruikt worden, maar wellicht ook het laatste fysieke verblijf. Uiteindelijk verwacht ik dat een verkorte behandelduur, daarbij ondersteund door een gemiddeld verdergaande resocialisatie, de geloofwaardigheid van de sector nog meer ten goede zal komen. De trajectkaart kan in het geval dat er voor de definiëring gebruik wordt gemaakt van de machtiging of het laatste fysieke verblijf een prognose van de mate van resocialisatie afgeven.

De trajectkaart heeft het mogelijk gemaakt de ontwikkeling van de gemiddelde behandelduur inclusief de prognose weer te geven. Hoewel het overzicht door het gebruik van instroomcohorten een groot aantal jaren beslaat, gaat het om een momentopname aangezien patiënten nog kunnen terugvallen of een bepaalde fase niet tijdig bereiken. Het is interessant de indicator periodiek en daarbij ook op het niveau van deelpopulatie weer te geven. Het is dan mogelijk om de afwijkingen die zich over de tijd ontwikkelen in kaart te brengen om vervolgens te proberen na te gaan hoe ze ontstaan. Wellicht levert dat kennis op om op patiënt- en populatieniveau beter op een (dreigende) afwijking te sturen. Het kan ook kennis opleveren om een betere prognose te stellen.

De behandelduur per zorgprogramma en geslacht verschilt. Eenvoudig streven naar een kortere gemiddelde behandelduur kan daarom ook een contraproductieve kant hebben. Een deelpopulatie kan voor het grootste deel boven de behandelduur van de mediaan vallen. Daalt de gemiddelde behandelduur, dan betekent dit nog niet dat de gemiddelde behandelduur van deze deelpopulatie meebeweegt. De gemiddelde behandelduur van deze populatie kan zelfs gestegen zijn. De gemiddelde behandelduur van patiënten met een zedendelict ligt bijvoorbeeld aanmerkelijk boven die van de andere patiënten, de historie van FPC Oldenkotte over de jaren 2000 tot 2012 bevestigt dit. Daalt deze behandelduur in tegenstelling tot de gemiddelde behandelduur van de gehele populatie niet, dan kan het effect hiervan zijn dat verdachten van een seksueel delict zullen blijven weigeren mee te werken aan het onderzoek ten behoeve van een rapportage pro Justitia. Naar mijn idee zal ook op het moment dat de gemiddelde behandelduur proportioneel is en redelijk overeenkomt met de prognose nog kritisch ingezoomd moeten worden op deelpopulaties.

De analyse van de risicoprofielen is vooral een vingeroefening, een eerste poging om te onderzoeken of het wellicht mogelijk is risicoprofielen bij opname en uitstroom aan bepaalde deelpopulaties te koppelen. Bij de analyse is gebruik gemaakt van gemiddelde

waardes. Indien de populaties voldoende groot zijn, is het wellicht mogelijk gebruik te maken van de modus, de score per risicofactor die het meest voorkomt, in plaats van het gemiddelde. Dit past beter bij de ordinale schaalverdeling van de risicofactoren. De ontwikkeling per populatie kan dan zichtbaar gemaakt worden door de verschuiving van de modus, en wellicht gebruikt worden als hulpmiddel bij het vaststellen van risicoprofielen bij uitstroom op patiëntniveau.

Het belang van de doelscore als onderdeel van het in de trajectkaart vastgelegde profiel is in dezelfde lijn niet primair dat de score concreet wordt gehaald, maar dat deze helpt na te denken over de richting van de behandeling. Deze richting wordt op patiëntniveau in eerste instantie door de behandelingscoördinator vastgelegd in de initiële score van de trajectkaart door met een 'X' in de bovenste rij van de risicotaxaties aan te geven welke resultaatgebieden vooral belangrijk zijn als het gaat om het terugbrengen van de risico's. Nadat de eerste risicotaxatie is vastgesteld kunnen mogelijke spanningsvelden tussen aanvangsscores en doelscores de aanleiding zijn om na een nadere analyse de initiële scores bij te stellen.

De doelstelling van de sector op basis van het convenant de behandelduur terug te brengen naar acht jaar is geen inhoudelijke keus of geïnspireerd door de visie dat een medeburger niet langer dan noodzakelijk dwangverpleging hoeft te kennen. De acht jaar is een keuze die voortgekomen is uit de financiële taakstelling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. De Taskforce verkorten behandelduur TBS onder voorzitterschap van Bas Eenhoorn heeft de opdracht gekregen te komen met adviezen aan de forensische sector waarmee deze doelstelling gehaald kan worden. De voorzitter van de Taskforce verkorten behandelduur TBS verklaarde tijdens zijn presentatie op het Festival Forensische Zorg 2015 dat hij er vanuit ging dat een gemiddelde behandelduur van zes jaar haalbaar moet zijn. Dit uitgangspunt, de behaalde resultaten van FPC Oldenkotte en de prognoses op basis van de in de kwaliteitscommissie van FPC Oldenkotte vastgestelde trajectkaarten vormen naar mijn mening een goede grond om als sector de doelstelling van acht jaar fors bij te stellen.

Hoofdstuk 9 Conclusies

9.1 Algemeen

9.1.1 Behandelduur in perspectief

De sector terbeschikkingstelling krimpt in hoog tempo vanwege de sterke daling van het aantal opleggingen van de terbeschikkingstelling. Een belangrijke factor voor de daling van het aantal opleggingen is de stijging van het aantal weigerende observandi. De potentiële terbeschikkinggestelde weigert vaak, en dat na advies over de verschillende scenario's door de advocaat, zich te laten onderzoeken. Hierdoor is het voor de onafhankelijke onderzoekers vaak beperkt mogelijk een advies pro Justitia aan de rechter te overleggen. Voor de rechter wordt het dan moeilijker over te gaan tot oplegging van een terbeschikkingstelling.

De belangrijkste reden voor een weigerende observandus om niet aan onderzoek mee te werken is de verwachtingswaarde van de behandelduur. Extra complicerende kenmerken van de verwachtingswaarde waren tot voor kort een voortdurende stijging, de wachttijd als passant en het niet te verrekenen risico op longstay. De mogelijke duur van het combinatievonnis stijgt op basis van de verwachtingswaarde al snel tot ruim boven de straftijd van een enkelvoudige strafoplegging, ondanks het risico dat de strafoplegging hoger uit kan vallen. Bovendien is de kans dat de individuele behandelduur boven de verwachtingswaarde uitkomt vanwege de op de mediaan gebaseerde systematiek 50%, terwijl de enkelvoudige strafoplegging een vast gegeven is.

De behandelduur is tot voor kort voortdurend gestegen. De behandelduur blijkt echter geen gegeven, maar een afhankelijke variabele die belangrijk in duur teruggebracht kan worden en dat in redelijk korte tijd.

Ook voor de rechter geldt dat vanwege het zoekraken van de 'proportionaliteit' de oplegging een minder aantrekkelijke optie is geworden. Belangrijk hierin is dat de rechter in zijn uitspraak een discretionaire ruimte kent. Medio 2013 heeft het beleidsvoornemen de behandelduur terug te brengen tot acht jaar geen effect gehad op het aantal opleggingen, niet anders dan dat er direct na de aankondiging van het convenant met de GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland minder opleggingen hebben plaatsgevonden. Dit wekt de indruk dat degenen die het nog niet wisten ook bekend is geworden dat de verwachtingswaarde van de duur van een terbeschikkingstelling vergeleken kan worden met een enkelvoudige strafoplegging van ruim boven de 15 jaar. De hantering van het begrip proportionaliteit zoals beschreven in dit onderzoek kan het denken en het gesprek tijdens de verlengingszitting revitaliseren.

9.1.2 Onafhankelijk onderzoek

Na zes jaar terbeschikkingstelling kent de verlengingszitting een extra advies, afgegeven door een team van onafhankelijke deskundigen. Deze procedure bestaat sinds de invoering van de tijdelijke rechtspositieregeling van de terbeschikkingstelling in 1988. Dit betekent dat er na zes jaren van verpleging een waarborg is in de vorm van een second opinion. Deze regeling is ontworpen in een periode dat de gemiddelde behandelduur bij uitstroom nog rond de vier jaar lag en was daarmee dus gericht op betrekkelijk sterk afwijkende gevallen. Gemeten over de jaren 2009 – 2012 kennen de patiënten van FPC Oldenkotte op het moment van de al of niet voorwaardelijke beëindiging van hun terbeschikkingstelling echter een gemiddelde behandelduur bij uitstroom van 7,7 jaren. Van de 79 betrokken patiënten kennen dan 47 patiënten een behandelduur van zes jaar of langer. Daarnaast zijn er nog acht patiënten die boven de zes jaar uitkomen indien het proefverlof wordt meegerekend. Dit betekent dat 69,6% van de betrokken patiënten een onafhankelijk onderzoek heeft gekend.

Sectorbreed wordt in 2008 een gemiddelde behandelduur bij uitstroom van 8,4 jaar genoemd, een resultaat dat tot dan elk jaar stijgt. Ook is vanwege de gehanteerde rekenmethode de populatie patiënten met longstay of een extreem lange behandelduur niet of onvoldoende meegerekend. Landelijk zal daarom het percentage patiënten dat een onafhankelijk onderzoek kent ruim boven de 70% liggen. Daarmee is het onafhankelijk onderzoek eerder regel dan uitzondering en is de functie van advies in extreme situaties verloren gegaan. Een volgende conclusie is dat gezien de aanvankelijke ‘geruisloze’ stijging van de behandelduur de onderzoeken en de stijging van het aantal onderzoeken niet binnen een redelijke termijn geleid hebben tot een fundamentele discussie of de ontwikkeling inhoudelijk acceptabel was.

9.1.3 Veiligheid van onveiligheid

Het verminderen van het risico op bijvoorbeeld onttrekkingen is het resultaat van repressieve maatregelen en professionalisering. Incidentpolitiek heeft aan de ontwikkeling veel bijgedragen. Mocht een maatregel als dat het niet toegestaan is binnen een jaar na de onttrekking een verlofmachtiging aan te vragen al effectief zijn, over de eventuele negatieve neveneffecten is vanwege de dynamiek van incidentpolitiek per definitie onvoldoende nagedacht. Aangenomen mag worden dat de afgelopen jaren door de daling van het aantal opleggingen – vanwege de weigerende observandi en een rechterlijke macht die haar discretionaire ruimte eerder dan voorheen gebruikt om alternatieve wegen te zoeken voor de terbeschikkingstelling – een aantal potentiële terbeschikkinggestelden in meerdere of mindere mate onbehandeld zijn teruggekeerd in de maatschappij.

Deze groep is echter onzichtbaar en daarmee is de veronderstelling dat sinds een aantal jaren onnodig slachtoffers vallen onder de medeburgers niet in concrete cijfers uit te drukken. Een mogelijk overzicht van aangeklaagden die onderzoek geweigerd hebben en tot recidive zijn gekomen zal niet meer dan een indicatie opleveren omdat een weigerende observandus niet per definitie een terbeschikkingstelling opgelegd hoeft te krijgen. En vanwege de discretionaire ruimte van de rechterlijke macht zijn er wellicht veroordeelden

die in principe wel terbeschikkingstelling opgelegd hadden kunnen krijgen. De conclusie op basis van het verschil in effectiviteit tussen de terbeschikkingstelling en het gevangeniswezen kan echter wel zijn dat er onnodig slachtoffers in de samenleving vallen, in welke mate en wat voor slachtoffers is echter niet te bepalen.

9.1.4 Discretionaire ruimte

De officier van justitie, de rechter-commissaris of de zittingsrechter beslist of een verdachte onderzocht dient te worden. De rechter legt op basis van zijn overtuiging of de verdachte ten tijde van het delict leed aan een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis, al of niet ondersteund door onderzoek, de maatregel terbeschikkingstelling op. In het geval van verlenging van de maatregel is het de officier van justitie die al of niet verlenging vordert en de rechter die al of niet de verlenging uitspreekt. Deze professionals kennen in hun besluitvorming een discretionaire ruimte. En voor hun besluitvorming zijn ze afhankelijk van advies. Daarnaast zijn zij geconfronteerd met een sterk toegenomen behandelduur. Hun overwegingen staan daarom onder invloed van een moreel ethisch dilemma. De praktijk laat zien dat voor de populatie patiënten waarbij sprake is van een langdurige behandeling op het moment van de beëindiging van de terbeschikkingstelling de modus binnen de verdeling van de negen van Hildebrand nadrukkelijk naar rechts is verschoven. Dit betekent dat het aannemelijk is dat een langere behandelduur invloed heeft op het vinden van wegen de terbeschikkingstelling te beëindigen.

9.1.5 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur

Het schema biedt een aantal handvatten die uiteindelijk allemaal gericht zijn op de versterking van de geloofwaardigheid van de sector terbeschikkingstelling. Een aantal afgeleide doelen zijn ambitieus in die zin dat er grote stappen gemaakt moeten worden. Hoe ambitieus is vanwege de onbekendheid van de startpositie niet geheel duidelijk. Op basis van het schema kan gesteld worden dat op dit moment er niet sprake is van een geloofwaardige terbeschikkingstelling en een proportionele behandelduur.

Het is belangrijk vast te kunnen stellen dat het aantal recidives beperkt lijkt. Dit inzicht is echter vooral gebaseerd op een vergelijking met het gevangeniswezen. De werkelijke prestatie kan niet bepaald worden door een vergelijking met een populatie niet behandelde terbeschikkinggestelden. Op basis van het onderzoek in FPC Oldenkotte lijkt de mate waarin belangrijke risicofactoren worden teruggebracht beperkt. Hetzelfde lijkt te gelden voor de mate waarin een patiënt een resocialisatietraject op het moment van de voorwaardelijke beëindiging heeft doorlopen. Afhankelijk van de feiten op sectorniveau, respectievelijk het kliniek niveau zal aan deze variabelen aandacht besteed kunnen worden.

Het aantal onttrekkingen ligt nog ruim boven de 25, op kliniek niveau zal de mate van overschrijding variëren. De resultaten van FPC Oldenkotte laten zien dat het vasthouden van de forensische scherp te niet een vanzelfsprekendheid is.

De mate waarin het separeergebruik voldoet is niet onderzocht. Het item ‘afzondering/separaties: aantal langer dan één maand (inclusief verlengingen)’ in het

dashboard van DForZo was nog niet geactiveerd. Andere invalshoeken waren nog niet in het dashboard opgenomen. Op sectorniveau is het niet gekomen tot uitwisseling, wel was er van een tweetal klinieken interesse voor de ontwikkelingen in FPC Oldenkotte.

Op het vlak van de variabelen onder de proportionele behandelduur ligt een groot spanningsveld. In de eerste plaats bestaat er een conflict tussen de financiële ambitie om de behandelduur terug te brengen naar acht jaar en de inhoudelijke op basis van de prognose. Zonder nieuwe ambitie ontstaat er geen beweging. En zonder de ambitie zal de kans dat mogelijkheden gezien worden om een scherpe en toch realistische prognose per patiënt te ontwerpen dalen.

Een belangrijke maat als het percentage patiënten met een machtiging lijkt vrij snel haalbaar. Aan de hand van het tempo waarin machtigingen begeleid verlof gerealiseerd worden, kan de ambitie wellicht naar boven worden bijgesteld. Gezien de ambitie om binnen een jaar een machtiging begeleid verlof aan te vragen is de norm nog voorzichtig gesteld.

9.2 Afwijkingen

9.2.1 Kwaliteit leiderschap en organisatie

Van overheersend belang voor de kwaliteit van het leef- en werkklimaat van de patiënt zijn een goed functionerende leiding en organisatie. Dit maakt het verloop van het gebruik van de separeer duidelijk. De leiderschapscrisis rond 2000 en 2007/2008 leidden tot pieken in het gebruik van separeer die boven alle fluctuaties uitstegen. Een crisis brengt met zich mee dat het verzuim onder personeel hoog is, de motivatie van het personeel daalt, groepsdynamische processen als symbiose en diskwalificatie alle kans krijgen, er mede daardoor partijtschappen ontstaan en tussen disciplines slechter samengewerkt wordt.

9.2.2 Hoofd behandeling als integraal leidinggevende

Inzoomend op de leiderschapscrisis speelt mee dat de per 1 januari 2007 doorgevoerde reorganisatie aan de crisis heeft bijgedragen. De toen doorgevoerde integrale verantwoordelijkheid van de hoofden behandeling en de opheffing van de functie van operationeel manager als direct leidinggevende van de afdeling lijkt hierin van belang. De benoeming van een primus inter pares per afdeling in de vorm van een meewerkend eerste sociotherapeut in combinatie met een drietal beheerders ter ondersteuning van de hoofden behandeling bood onvoldoende houvast. De directeur a.i. heeft na zijn aanstelling er direct voor gezorgd dat per afdeling een teamleider is aangesteld.

De conclusie dat de behandeling op het organisatorische vlak nadrukkelijk ondersteuning nodig heeft, is ook te trekken uit het verloop van de planning en control cyclus. De samenwerking met DForZo op het vlak van tien speerpunten in het jaarplan 2009 met de daaraan verbonden beloning leidde tot samenwerking binnen het managementteam. De daaraan verbonden bonus van twee miljoen in het geval de doelstellingen gehaald werden heeft daar zeker bij geholpen. Vanaf het jaarplan 2012 zijn de verantwoordelijkheden weer

verdeeld over de leden van het managementteam. Hierbij is de INK-systematiek toegepast zoals gangbaar bij DForZo. Elke drie maanden vonden er managementgesprekken plaats tussen het managementteamlid en de directie. Het effect was dat de ontwikkelingscyclus van de behandeling stagneerde en het positieve spanningsveld binnen het managementteam daalde. Het kon bestaan dat afwijkingen in de managementinformatie maandenlang mochten bestaan. Er is dan onvoldoende sprake van een gemeenschappelijke focus.

9.2.3 Ontwikkeling database

De sector terbeschikkingstelling kent sinds 1999 een database op ketenniveau, te weten het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS). Elke kliniek kent hierin een eigen database van waaruit op basis van een convenant tussen de klinieken en DForZo bepaalde data via beveiligde lijnen doorgestuurd worden naar de centrale database. Ook vindt er in het kader van het primair proces communicatie plaats. Een voorbeeld daarvan is dat de kliniek een verlofmachtiging elektronisch aanvraagt, de verlofunit deze vervolgens afgeeft waarna de kliniek vrijheden kan invoeren en op basis daarvan verloven kan plannen.

De oorspronkelijke doelstelling van het systeem is ondersteuning van het primair proces en de ontwikkeling van een database voor onderzoek. DForZo heeft op basis van de centrale database van MITS een management informatie portaal (MIP) ontwikkeld waarbinnen overzichten via een aantal draaitabellen zijn te genereren. MIP is beschikbaar voor alle klinieken. Per kliniek kunnen daarvoor een aantal medewerkers geautoriseerd worden. De bruikbare data is echter nog beperkt van omvang, en als het gaat om gegevens als incidenten die meer op het behandelvlak liggen niet altijd betrouwbaar. Ook worden de data van de risicotaxaties niet in deze database opgeslagen en gecommuniceerd maar apart aangeleverd bij het EFP. De stagnatie van de ontwikkeling van een gemeenschappelijke database heeft bijgedragen aan de huidige situatie waarin nog te veel sprake is van versnippering van kennis en te beperkte mogelijkheden om verantwoord en uitdagend onderzoek te doen. Een versterkende factor hierin is de kleinschaligheid van de sector, zeker gelet de beperkte jaarlijkse instroom die uit een niet homogene populatie bestaat.

9.2.4 Terugdringen dwang en drang

Het terugbrengen van het separeergebruik heeft naast de primaire doelstelling om het aantal traumatische ervaringen voor patiënten terug te brengen ook als effect dat het risico op een negatieve spiraal en een daaraan gekoppelde overplaatsing afneemt. Een negatieve spiraal en een overplaatsing leiden, hoewel het nog niet mogelijk is geweest afwijkingen ten opzichte van de prognose vast te stellen, per definitie tot een belangrijke verlenging van de behandelduur.

9.2.5 Regie trajecten

De analyse van de populatie van de patiënten met terugval in FPC Oldenkotte en de oriëntatie wat betreft het aantal overplaatsingen binnen de sector leert dat het percentage

onderbroken behandeltrajecten niet te verwaarlozen is. Terugval, zeker in combinatie met een overplaatsing, verhoogt de behandelduur. De andere kant is dat een overplaatsing bedoeld is om uit een dilemma te komen waarin elk perspectief lijkt te ontbreken. Ook is een overplaatsing soms te zien als een vraag om een second opinion als een kliniek de overtuiging heeft dat een longstaystatus geïndiceerd is. Het dalende verloop van de curve van het percentage terugvalpatiënten maakt in de eerste plaats duidelijk dat op geaggregeerd niveau kennis ontbreekt in welke mate terugval en in uiterste consequentie overplaatsing acceptabel is. En verder toont de afname van het percentage aan dat het een afhankelijke variabele is. Afhankelijk van de context zijn interventies te vinden die preventief werken of een bijsturend effect hebben.

9.2.6 Differentiatie binnen de maatregelen na een onttrekking

De repressieve en kwalitatieve maatregelen op sectorniveau om het aantal onttrekkingen terug te brengen hebben een belangrijk effect. Het aantal onttrekkingen is fors gedaald. De kwaliteit van de aanvragen en de beoordeling daarvan door de verlofunit van de machtigingen, daarbij inhoudelijk geadviseerd door de AVT, heeft daar ook aan bijgedragen. Geconcludeerd mag worden dat een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie zich gedraagt als een calculerende burger, het kostenplaatje van een onttrekking is voor hen te hoog. Er zijn echter ook patiënten, vooral onder de categorieën psychotische patiënten en licht verstandelijk gehandicapten te vinden, die met de maatregelen niet bereikt worden. En ook bestaat in hun geval het risico dat zij juist op momenten van wanhoop, wetende welke maatregel hen wacht na een onttrekking, de regie op een pathologische manier overnemen.

9.3 Verlofmanagement

9.3.1 Betrokken afstand als kern van het verlofmanagement

De direct leidinggevenden, in FPC Oldenkotte de behandelingscoördinator en de teamleider sociotherapie die samen duaal leiding geven aan de afdeling, staan voortdurend bloot aan het krachtenspel van de afdeling. Dit krachtenspel waarin de sociotherapie en andere professionals ook hun rol hebben is complex en wordt beïnvloed door de ernstige pathologie van de patiënten. Een voortdurende adequate reflectie, met daarbij een juiste houding op het vlak van afstand versus nabijheid is welhaast een onmogelijke opgave. Het risico dat in de besluitvorming op enig moment ernstige fouten gemaakt kunnen worden, is niet te verwaarlozen. Om dit risico te verkleinen is het belangrijk dat er iemand op gepaste afstand boven de leiding van de afdeling ‘hangt’ en tevens volledig op de hoogte is. Afstand en volledig op de hoogte zijn de bouwstenen van ‘betrokken afstand’. In het concept verlofmanagement had het hoofd behandeling, die samen met de behandelingscoördinator en de teamleider sociotherapie de zogenaamde driehoek vormde, de rol om op ‘betrokken afstand’ te functioneren. Door de vervanging van meerdere hoofden behandeling door één manager behandeling boette de rol van ‘betrokken afstand’ binnen de driehoek aan kwaliteit in.

Een andere belangrijke bouwsteen van het verlofmanagement is het multidisciplinair team. Er is terugkoppeling vanuit andere disciplines en de leiding is bij het verlenen van vrijheden verplicht advies te vragen. Het geven van prioriteit aan de productie van de behandelaar vanwege de invoering van de DBBC-productstructuur en het loskoppelen van de individuele trajectbegeleider van de afdeling om de patiënt gedurende zijn hele behandeling te kunnen begeleiden, heeft ertoe geleid dat het multidisciplinair team is uitgehold. Het resultaat was dat het aantal aanwezigen beperkt was en vooral bestond uit sociotherapeuten. Dit heeft geleid tot een verschraving van de multidisciplinaire inbreng en evenals de hiervoor genoemde organisatieverandering geleid tot een vermindering van de kwaliteit van de ‘betrokken afstand’.

Samengevat kan in de eerste plaats geconcludeerd worden dat binnen de organisatie van een forensisch psychiatrisch centrum er ruimte moet zijn voor een leidinggevende die de rol vanuit ‘betrokken afstand’ waar kan maken. Het is in de tweede plaats belangrijk dat het multidisciplinair team voldoende bemand is om ook een rol vanuit ‘betrokken afstand’ op te kunnen pakken. Beide zijn essentieel voor de forensische scherpte van het verlofmanagement en daarmee ook voor de organisatie van een forensisch psychiatrisch centrum.

9.3.2 Kwaliteit van de procesgang

Dat de binnen het verlofmanagement vereiste stappen om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen genomen worden blijkt niet altijd vanzelfsprekend. Het niet tijdig vaststellen van een behandelplan is daarvan een voorbeeld. In het behandelplan dienen de vrijheden, de voorwaarden voor verlof en de maatregelen bij het niet houden aan de voorwaarden vast te liggen. Daarbij is het opvallend dat dit niet automatisch leidt tot een reactie vanuit de betrokken patiënt of medecollega's. Het niet zorgvuldig aflopen van de achtereenvolgende stappen kan leiden tot een afnemende forensische scherpte.

9.3.3 Behandeling en toetsing

Een machtiging, vrijheid of verlof wordt verleend indien de gevaarlijkheid van de terbeschikkinggestelde dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is hem tijdelijk de inrichting te doen verlaten. Er is vanuit de wetgeving geen directe relatie gelegd met een zekere behandelinspanning. Maar ook in de praktijk is er geen expliciete relatie tussen een behandeling op basis van de doelstelling uit het behandelplan en de mate waarin en hoe deze getoetst wordt. Er is ook geen expliciete toewijzing van behandelmodules aan een bepaalde verloffase, hoewel het gebruik wel is dat een patiënt voor de aanvraag van begeleid verlof bijvoorbeeld zijn delict-analyse heeft afgerond of meewerkt aan de behandeling. De door de sector overeengekomen doelstellingen spreken de ambitie uit binnen welke termijn een machtiging aangevraagd dient te worden, ze zijn echter niet gebaseerd op een inhoudelijk verband met de behandeling. Hetzelfde geldt voor de ambitie van de staatssecretaris de behandelduur terug te brengen tot acht jaar.

Het criterium van de gevaarlijkheid maakt duidelijk dat er strikt genomen geen relatie ligt tussen het verlenen van een machtiging en het volgen van de behandeling. Om uiteindelijk

het voldoende terugbrengen van de gevaarlijkheid te kunnen toetsen is in het format van de verlofmachtiging onder andere rapportage aan de hand van de ‘negen risicofactoren van Hildebrand’ verplicht. Deze kunnen daarom gezien worden als een instrument om de eindtermen van een periode van de lopende machtiging te beschrijven, en zijn vervolgens ondersteunend bij het maken van de inschatting of het verlenen van de volgende machtiging verantwoord is. Wel maken de risicofactoren attitude ten opzichte van de behandeling en verantwoordelijkheid voor het delict deel uit van de ‘negen risicofactoren van Hildebrand’. Indirect, hoewel daarmee niet bepalend, bestaat er daarom op basis van wetenschappelijk inhoudelijk onderzoek toch een verband tussen het verlenen van een machtiging en de behandelinspanning van de patiënt.

Een effect van de beperkte expliciete verbinding tussen een bepaalde behandelinspanning en aanvraag van de verlofmachtiging is dat in het geval het nog niet verantwoord lijkt een volgende machtiging aan te vragen de behandelcyclus gewoon doorgaat. De patiënt volgt vervolgens een behandeling die past bij een verlofmachtiging van een hoger niveau, en kan daarmee niet op de juiste manier getoetst worden. Dit betekent tevens dat de behandelduur per machtiging vrij pijnloos kan uitdijen: het gaat niet schuren. In het geval een patiënt in relatie tot bepaalde behandelmodules geen behandelinspanning meer levert, leidt dit niet vanzelfsprekend tot de vaststelling dat er vanwege gebrek aan ontwikkelingen die getoetst kunnen worden er bij de verlofplanning een knelpunt ontstaat.

9.3.4 Behandeling en bedrijfsvoering

Een forensisch psychiatrisch centrum legt het primaat bij de behandeling, de bedrijfsvoering dient niet leidend te zijn als het gaat om keuzes binnen het primaire proces. Een tegenstelling tussen behandeling en de (economische) bedrijfsvoering is echter niet per definitie aan de orde als vanuit behandelkansen wordt geredeneerd. De daling van het gemiddelde aantal patiënten met transmuraal verlof van 16,5 in 2010 en 18,5 in 2011 naar 11,9 in 2012 kan gezien worden als een forse verlaging van de kosten. De onderaannemers vragen in doorsnee een verpleegprijs die de verpleegprijs van een terbeschikkinggestelde benadert. In eerste instantie dalen de inkomsten door deze actie echter ook vanwege de uitstroom van de patiënten. Per saldo levert de kliniek in.

De verhoogde uitstroom van de patiënten heeft echter als effect dat er ruimte ontstaat voor extra nieuwe opnames. Hieronder bevindt zich een hoog percentage eerste opnames die een hoger verpleegtariaf kennen. Er is daarmee al snel werkgelegenheid gecreëerd. Wordt vervolgens naar de populatie van FPC Oldenkotte gekeken dan blijkt er in een hogere mate sprake te zijn van de juiste patiënt op de juiste plaats. Gezien de bereikte versnelling van de uitstroom wordt de patiënten beter recht gedaan.

Ook kan geconcludeerd worden dat de eerdere sectorbrede sterke stijging van het aantal patiënten door de invoering van de machtiging transmuraal verlof in plaats van woonverlof voor een deel op een fictieve behoefte is gebaseerd. Tot slot kan de conclusie getrokken worden dat de invoering van de machtiging transmuraal verlof geleid heeft tot een verhoging van de behandelduur. Ook heeft de beperkte houdbaarheidsduur van een

machtiging van één jaar wellicht soms het effect dat dit jaar als een minimum gezien wordt, wellicht uit automatisme of anders wegens drukte.

9.3.5 Behandelduur en aansturing

Het beleid om binnen een jaar na opname een machtiging begeleid verlot aan te vragen, met de aanvulling dat wanneer de behandelingscoördinator dit niet verantwoord vindt, hij dit moet onderbouwen in de interne verloftoetsingscommissie, heeft ondanks de al bestaande voorsprong op de sector niet alleen geleid tot een stijging van het percentage machtigingen binnen twee jaar maar ook tot een versnelling van de stijging die boven die van de sector ligt. De relatief sterkere versnelling van de uitstroom kan onafhankelijk gezien worden van het beleid begeleid verlot binnen een jaar aan te vragen vanwege de nog recente historie van dit beleid. Dit wordt ook ondersteund doordat de versnelling voor wat betreft ongebeleid verlot en transmuraal verlot zich niet onderscheidt van die van de sector.

Het beleid de behandelduur terug te brengen bestaat in FPC Oldenkotte sinds 2009, sectorbreed is het in 2010 door de klinieken vastgelegd. Dit betekent gezien het verloop van de resultaten dat beleid formuleren, vastleggen en het vervolgens aan de leidinggevendenden van de behandeling overlaten niet voldoende is, maar dat beleid pas werkelijk effectief is als er voortdurend op geaggregeerd- en op detailniveau (hier patiëntniveau) scherp gemonitord wordt, de rapportage breder dan de behandeling wordt gedeeld, er transparantie naar buiten de kliniek is en actief uitleg wordt gevraagd en wordt bijgestuurd. Er blijkt dan in relatief korte tijd veel mogelijk.

9.4 Resultaatgerichtwerken

9.4.1 Mate van toetsing

Gezien het aantal proefverlofgangers binnen de sector van 60 eind 2013, het aantal nieuwe machtigingen transmuraal verlot per jaar in de jaren van 2010 – 2013 dat stijgt van 159 naar 220 en het aantal van 224 al of niet voorwaardelijke beëindigingen in 2013 speelt proefverlot slechts een ondergeschikte rol als fase in de resocialisatie. De wijze van toetsing van de behandeling zoals bedoeld in de fase van proefverlot waarbij de kliniek op afstand eindverantwoordelijk is en de verantwoordelijkheid voor de begeleiding bij de reclassering ligt, lijkt verschoven naar de fase waarin de terbeschikkingstelling voorwaardelijk is beëindigd.

Daarmee vervalt voor de kliniek de regie na de fase van het transmuraal verlot, waarin het nog volledig verantwoordelijk is voor beleid en uitvoering, in één keer. De eindverantwoordelijkheid komt dan bij het openbaar ministerie te liggen en de dagelijkse begeleiding bij de reclassering. Er is sprake van een minder geleidelijke overgang van verantwoordelijkheden. Een belangrijk effect is dat de patiënt en de reclassering niet de kans krijgen elkaar rustig te leren kennen onder de paraplu van de kliniek. Daarnaast kan gesteld worden dat een terugval vanuit een voorwaardelijke beëindiging voor een patiënt zwaarder doorwerkt dan die vanuit proefverlot, ondanks dat de voorwaardelijke

beëindiging ook een time-out kent. De eerste resultaten in FPC Oldenkotte van de sturing op resocialisatie via proefverlof laten zien dat het aantal proefverlofgangers sterk is toegenomen en het aantal patiënten met transmuraalverlof sterk is gedaald. Dit betekent tevens dat extern, een aanvraag wordt getoetst door de AVT, geen tegenindicaties gevonden zijn eerder over te gaan op proefverlof. Samengevat betekent dit dat het gebruik van proefverlof de uitstroom bevordert.

De nadrukkelijker sturing op het doorlopen van de machtigingen en later op het afronden van de voorgenumen trajecten lijkt tot resultaat te hebben dat patiënten op het moment van de voorwaardelijke beëindiging minder vaak in een resocialisatie-afdeling van FPC Oldenkotte verblijven en de toetsing van het traject gemiddeld genomen verder is gekomen. Een zelfde beweging bij de patiënten die op het moment van de beëindiging nog in de kliniek verblijven is niet te zien. De twijfel bij de kliniek of het verantwoord is de terbeschikkingstelling te beëindigen blijkt uit de mate waarin het officiële advies tot verlenging in de praktijk tot beëindiging leidt. De uitkomst van de risicotaxatie op basis van de negen van Hildebrand ondersteunt bij deze deelpopulatie de uiteindelijke keuze niet. Een aandachtspunt is dat in de periode tussen advies en uitspraak het nauwelijks mogelijk is om voldoende aan beschermende factoren te werken om zo het risico tot een verantwoord niveau terug te brengen. Samengevat is de conclusie dat de voorbereiding op de beëindiging van de terbeschikkingstelling juist in gevallen waarbij mogelijk extra risico's zijn te verwachten kort is en de mogelijkheden om aan beschermende factoren te werken beperkt.

9.4.2 Doelen en behandelmodules

De matrix waarin de keuze van de resultaatgebieden van de behandelplannen gekoppeld is aan de behandelmodules en de disciplines laat in de eerste plaats een onevenwichtige verdeling zien voor wat betreft de resultaatgebieden. De reden is nog onduidelijk. Het kan zijn dat meerdere dynamische risicofactoren toch niet relevant zijn of als onvoldoende dynamisch worden ingeschat maar het kan ook zijn dat de behandelingscoördinatoren onvoldoende scherp de risico's in beeld hebben of het aangaan van de behandeling op die punten op basis van interne motieven mijden.

Verder maakt het beeld van de ingezette modules en disciplines de indruk dat de spreiding per resultaatgebied op een paar uitzonderingen na hoog is. De uitzonderingen zijn zoals de matrix laat zien bijvoorbeeld Liberman, Farmacie, Impulscontrole training (ICT, maar dan voor Copingvaardigheden) of maatschappelijk werk (MW). Echte specialisten met kerncompetenties in relatie tot bepaalde resultaatgebieden lijken uitzonderingen. De gemiddelde inzet van een module per resultaatgebied ondersteunt dat beeld. Deze indicator fluctueert sterk. De hoogste scores doen zich voor bij sociale steun en netwerk en bij psychotische symptomen. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de kennis welke module het best bij een resultaatgebied ingezet kan worden beperkt is en individueel bepaald. Dit ondersteunt het beeld dat de matrix op basis van de piloot opriep.

Ook is het opvallend dat juist de discipline sociotherapie, die veruit het vaakst op basis van het behandelplan is ingezet, de gekozen resultaatgebieden zowel kwantitatief (weinig

vastgestelde deelplannen) als kwalitatief (leersituaties onvoldoende kwaliteit en niet te classificeren) onvoldoende systematisch bewerken. Samengevat lijkt een omslag naar het gebruik van een vaste tabel voor de doelen niet vanzelfsprekend te leiden tot een systematisch afwerken van de meest kritieke doelen per patiënt en een doelmatige en effectieve inzet van de middelen.

9.4.3 Gemiddelde behandelduur

Het is moeilijk aan te geven in welke mate een interventie of ontwikkeling aan de verkorting van de behandelduur heeft bijgedragen. Ook was nog niet elke interventie ingevoerd zoals bedoeld en de uitvoering al voldoende gehandhaafd. Wellicht heeft de brede aandacht voor het terugdringen van de behandelduur ertoe geleid dat er een cultuur is ontstaan waardoor behandelingscoördinatoren en het multidisciplinaire behandelteam mogelijkheden op het niveau $n = 1$ eerder gezien en gegrepen hebben. Opgeteld is het effect dat FPC Oldenkotte een gerealiseerde behandelduur kent van ruim twee jaar onder het gemiddelde van de sector. Daarbij dient nog opgemerkt te worden dat in het gemiddelde van de sector ook het effect van FPC Oldenkotte verwerkt is. De invloed van FPC Oldenkotte is groot door het relatief hogere aantal patiënten dat op sectorniveau beneden de mediaan valt.

Op basis van de gerealiseerde behandelduur en een prognose van 4,5 jaar, die getoetst is bij de kwaliteitscommissie, mag verondersteld worden dat de sterke daling een vaste waarde is en geen fluctuatie. De mate van robuustheid van de indicator, waarvoor gekeken is naar de dichtheid van de verdeling bij de instroomcohorten van 2008 – 2012, lijkt erop te wijzen dat een verschuiving van de behandelduur door terugval een beperkt effect heeft. Enige stabiliteit blijkt ook uit de verschuivingen die optreden als de behandelduur per zorgprogramma en per geslacht bekeken wordt. Het verschil in behandelduur tussen man en vrouw is anderhalf jaar, terwijl de behandelduur van de gehele populatie niet meer dan vier maanden onder dat van de behandelduur van de man ligt. De prognoses op patiëntniveau en de gemeten ontwikkelingen op (deel)populatie niveau maken het mogelijk voorzichtig initiële uitspraken te doen over een proportionele behandelduur in de terbeschikkingstelling, die verbonden kan worden met een uitspraak over de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling.

9.4.4 Mate van resocialisatie

Het merendeel van de eerste opnames vanaf 2000 waarvan de terbeschikkingstelling beëindigd is kent in meer of mindere mate tijdens de behandeling een resocialisatiefase. Het percentage patiënten dat uitstroomt via proefverlof is echter beperkt, namelijk 38,2%. Het percentage patiënten dat uitstroomt vanuit een locatie welke geen afdeling van FPC Oldenkotte is, beperkt zich tot 58,8%. Wel is er gezien de stijging naar 65,8% over de jaren 2009 – 2012 een positieve trend waarneembaar. Een ombuiging is nog niet zichtbaar, wat aanleiding geeft tot de conclusie dat de resocialisatiemogelijkheden wellicht nog niet verzadigd zijn. Dit betekent dat deze factor mogelijk nog ruimte biedt de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling te versterken.

9.4.5 Risicoprofielen

Eén van de drie trajecten van de trajectkaart is erop gericht te helpen nadenken of de risico's bij een patiënt voldoende afgenomen zijn. Dat is het verloop van de aanvangsscores van de risicotaxatie na opname tot de doelscores bij uitstroom. Het is daarmee geen traject zoals dat van de machtiging of het verblijf. De doelscores zijn vooral indicatief. Op basis van een eerste oriëntatie kan voorzichtig geconcludeerd worden dat er verschil is in de profielen per uitstroomperspectief. Bij een plaatsing in een fpa is zoals verwacht mag worden een hoger risicoprofiel verantwoord dan bij een ribw. Een fpa kan gezien worden als een grotere beschermende factor dan een ribw. In combinatie met de aanvangsscores van de patiënten kan vervolgens ook de conclusie getrokken worden dat gezien het grotere verschil tussen aanvangs- en doelscores bij een ribw-perspectief van de behandeling van deze patiënten meer verwacht wordt, fpa patiënten in doorsnee wellicht als ernstiger en definitiever beschadigd worden gezien.

Het genoemde spanningsveld tussen de aanvangsscore en doelscore van het resultaatgebied vijandigheid – wat ook geldt voor bijvoorbeeld impulsiviteit en attitude ten opzichte van de behandeling – dat geen vertaalslag krijgt in het behandelplan geeft steun aan de veronderstelling dat bij de keuze van de resultaatgebieden in het behandelplan nog te veel de nadruk op een beperkt aantal ligt.

Hoofdstuk 10 Aanbevelingen

10.1 Algemeen

10.1.1 Behandelduur en geloofwaardigheid

Om het beeld dat belanghebbenden als rechters, advocaten, officieren, potentiële patiënten van de behandelduur hebben, namelijk van een alsmaar uitdijende behandelduur, te veranderen is meer dan goede voornemens nodig. De doelstelling op basis van het convenant tussen de Staatssecretaris van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland dient ambitieus te zijn.

De gemaximeerde terbeschikkingstelling duurt maximaal vier jaren. Dit betekent impliciet dat volgens de wetgever een dwangverpleging in combinatie met behandeling afgerond moet kunnen zijn in die periode. De prognose van de gemiddelde behandelduur in FPC Oldenkotte van het instroomcohort 2010 – 2012 (dit cohort is beperkt beïnvloed door de praktijk) op basis van de trajectkaart ligt daar ongeveer zes maanden boven. De prognose ligt anderhalf jaar onder de gerealiseerde gemiddelde behandelduur in FPC Oldenkotte. Gezien de verdeling van de behandelduur rond de mediaan lijkt een vertraging een aantal behandeltrajecten beperkt door te werken. De aanbeveling is om te streven naar een gemiddelde behandelduur van vijf jaar.

Het meten van en het vervolgens analyseren van de afwijking van de behandelduur ten opzichte van de prognose kan leiden tot het verwerven van kennis die de sector wellicht in staat zal stellen tot een doelstelling te komen die beter past bij het wettelijke kader van de gemaximeerde terbeschikkingstelling. De verwachtingswaarde van de terbeschikkinggestelde op basis dit kader bestaat uit vier jaar behandeling en een strafoplegging die voor de meeste terbeschikkinggestelden onder de twee jaar ligt. Dit betekent dat de meeste terbeschikkinggestelden op basis van deze redenering binnen vijf jaar na de oplegging van de terbeschikkingstelling zijn uitgestroomd. De duur van het proefverlof, de voorwaardelijke beëindiging en het risico op longstay zijn hierin niet meegerekend. De doelstelling de gemiddelde behandelduur terug te brengen tot vijf jaar leidt voor de meeste terbeschikkinggestelden tot een verwachtingswaarde die een jaar hoger ligt. Een niet te verwaarlozen aantal van de huidige terbeschikkinggestelden kent echter een hogere strafoplegging. De aanbeveling is te onderzoeken of het mogelijk is uitspraken te doen over de verwachtingswaarde van de duur vanaf de oplegging terbeschikkingstelling tot het moment van uitstroom, en dat voor deelpopulaties op basis van kenmerken als (ernst van het) delict en stoornis.

In het kader van een marketingstrategie is het de aanbeveling de gestelde prognose van de behandelduur per instroomcohort in verband met de geloofwaardigheid van de terbeschikkingstelling permanent online te zetten. Een verder transparantie kan bereikt worden door deze prognose op achtereenvolgende peilmomenten af te zetten tegen de actuele prognoses van de respectievelijke cohorten en de later gerealiseerde gemiddelde

behandelduur, bij voorkeur ook per deelpopulatie. Wellicht versnelt deze transparantie de groei van het vertrouwen in de terbeschikkingstelling. Zonder het gebruik van de prognose dient eerst een belangrijke versnelling gerealiseerd te worden, vervolgens gemeten, dan gepubliceerd, gelezen, geloofd en gedeeld met belanghebbenden voordat er een effect verwacht mag worden. Daar gaat veel tijd overheen.

Het is aan te bevelen de verschillen tussen de prognoses en de verschillen tussen de ontwikkelingen van de actuele prognoses van de deelpopulaties nader te onderzoeken. De prognoses van de behandelduur van patiënten met een seksueel delict in FPC Oldenkotte doet vermoeden, in de gevallen dat er overeenstemming over de behandeling bestaat, dat er meer mogelijk is dan tot nu wordt verondersteld.

10.1.2 Behandelduur en onafhankelijk onderzoek

Vanuit de oorspronkelijke gedachte geredeneerd dat het onafhankelijke onderzoek ten behoeve van een verlengingszitting pas plaatsvindt in de gevallen waarbij de behandelduur reeds ruim boven de gemiddelde behandelduur uitkomt, lijkt het op basis van de huidige praktijk aan te bevelen het huidige zes jaarlijkse onafhankelijk onderzoek te verschuiven naar de verlengingszitting bij een looptijd van tien jaar of wellicht nog hoger. De rapportage vindt plaats op basis van een format. Het format vraagt niet om een mening van de onafhankelijk onderzoeker over de doelmatigheid van de te onderzoeken terbeschikkingstelling. De confrontatie met het advies van het forensisch psychiatrisch centrum en de explicitering van de discrepanties daarop betreft diagnose, risico, verlenging, aanpak en dergelijke, maar geen beoordeling van de behandelhistorie. Het onderzoek heeft geleid tot een formulering van proportionaliteit met betrekking tot de behandelduur op basis van de prognose, dit maakt een individuele aanpak mogelijk. Het is daarom aan te bevelen het onafhankelijke onderzoek plaats te doen vinden ten behoeve van de verlengingszitting die valt na twee derde van de geprognosticeerde behandelduur.

10.1.3 Behandelduur en onveiligheid

De mate waarin de incidentpolitiek en het op basis daarvan striktere veiligheidsbeleid tot te vermijden slachtoffers heeft geleid is niet te meten aan de hand van concrete incidenten. Dat er extra slachtoffers zijn gevallen is echter aannemelijk. Het is daarom opmerkelijk dat incidenten in het verleden onder invloed van media en politiek tot forse beleidsingrepen hebben geleden en de nu gecreëerde situatie niet tot enig rumoer in media of politiek leidt, ook niet nadat de staatssecretaris dit punt van zorg helder heeft verwoord. Het is daarom aan te bevelen een kengetal te ontwikkelen op basis van het aantal recidives onder de weigerende observandi.

10.1.4 Behandelduur en discretionaire ruimte

Het is aan te bevelen dat de rechterlijke macht en de klinieken elkaar vinden als het gaat om het samen met de patiënt werken aan, en bewaken van de proportionaliteit van de behandelduur en het mogelijke dilemma waar rechters en officieren tegenaan lopen gezamenlijk oplossen. Daarvoor liggen voor de klinieken twee wegen open, te weten de

behandelinspanningen tijdig aan te passen of doelen bijstellen en/of tijdig komen tot een gezamenlijk met de rechterlijke macht en de reclassering gedragen constructie of vangnet waarin niet of slechts zeer moeizaam te behandelen risico's van de patiënt ondervangen worden. Dit tijdig staat ook voor vroegtijdig omdat de constatering of er sprake is van een problematisch perspectief al snel gemaakt kan worden en daardoor onnodige vertraging van de behandeling voorkomen kan worden. De trajectkaart kan helpen de problematiek te visualiseren.

Voor een gezamenlijke constructie is het echter van belang dat de verlofunit, geadviseerd door de AVT, met de kliniek op één lijn zit. Voor een dergelijk traject is toetsing door verlof vanwege de ernstige beperkingen van de patiënt wellicht nog belangrijker dan in het geval van een regulier verloop van de behandeling. Het format van de verlofaanvraag legt het zwaartepunt op de risicofactoren, concreet 'de negen van Hildebrand'. Patiënten van wie de terbeschikkingstelling beëindigd wordt op het moment dat ze nog in de kliniek verblijven en patiënten die op het moment van de beëindiging langdurig in behandeling zijn scoren hoog op 'de negen van Hildebrand'. Het format formuleert als tegenwicht geen belangrijke beschermende factoren maar vraagt meer algemeen naar de weging van beschermende factoren. Het is daarom aan te bevelen ook expliciet de belangrijkste beschermende factoren, wellicht kunnen een aantal beschermende factoren zoals geformuleerd in de SAPROF hiertoe dienen, in het format op te nemen.

Op deze manier kan mogelijk tijdig een constructie of vangnet gecreëerd worden dat de patiënt voldoende stut en steun biedt. Nu het na de voorwaardelijke beëindiging in plaats van drie jaar mogelijk is patiënten tot negen jaar te volgen lijkt dit een serieuze en verantwoorde optie. Bovendien heeft de kliniek in samenwerking met de verlofunit de mogelijkheid het traject vooraf te toetsen op basis van transmuraal verlof en proefverlof, waarbij ook het vangnet getoetst kan worden. Het is daarom aan te bevelen de (on)mogelijkheden zo vroeg mogelijk in een trajectkaart vast te leggen. Dit kan het gesprek daarover ondersteunen, waar mogelijk en van toepassing samen met patiënt en advocaat.

10.1.5 Schema geloofwaardigheid en proportionele behandelduur

Het is aan te bevelen als sector duidelijk en transparant te zijn over successen en pijnpunten op basis van het schema. Dit maakt niet alleen duidelijk dat de sector de problematiek ernstig neemt, maar geeft ook de ernst en verantwoordelijkheid van het vak aan. Het gaat om het voorkomen van ernstige schade aan slachtoffers en hun omgeving en hulp aan medeburgers die zonder ingrijpen geen redelijk perspectief meer hebben.

De formulering van de factor recidive geeft aan welk percentage is gerecidiveerd. De reden van bestaan van sector is recidive te voorkomen. Dat is bijvoorbeeld in het geval van een tbs-waardig delict binnen twee jaar na beëindiging in 91,7% van de gevallen gelukt. Een doelstelling gericht op het verhogen van dit percentage lijkt motiverender. Ook is een dergelijke indicator 'stabiel'. Een daling met 9,3% betekent dat de waarde van de indicator daalt met 10%. Een dergelijke stijging levert vanuit het andere perspectief echter een verdubbeling op. Het is om de prestaties te laten zien aan te bevelen te kiezen voor een positieve invalshoek van rapporteren.

Het is aan te bevelen jaarlijks op basis van dakpansgewijs overlappend cohorten – zoals gebruikt bij de gemiddelde behandelduur – op de recidivecijfers te rapporteren. Pieken worden vanwege de hogere populatie vermeden en trends geven een betrouwbaarder beeld. Daarbij is het van belang in eerste opzet in het overzicht een stuk historie in te bouwen, wat belangrijk is om ontwikkelingen over de laatste jaren weer te geven.

Een aantal maten als die aangeven waar de patiënt woonde op het moment van de voorwaardelijke beëindiging of het percentage patiënten met een machtiging zijn ook beeldvormend. Hoge percentages maken niet alleen duidelijk dat er behandeld wordt maar ook dat patiënten medeburgers zijn en de stoornis niet betekent dat de muren van de kliniek de grens zijn. Het is daarom aan te bevelen deze maten te benadrukken.

Het aantal onttrekkingen is tot een fractie teruggebracht van wat eerder gewoon was. De ernst van de onttrekkingen varieert ondanks dat sterk. Mede vanwege het belang van de indicator als maat voor de samenleving en de motivatie van de klinieken is het aan te bevelen per geval tot een veelzeggender afweging te komen. Wellicht is het mogelijk het AVT per geval te laten beoordelen of er sprake is van een onttrekking.

Het terugdringen van het separeergebruik in de ggz is om inhoudelijk redenen een belangrijk speerpunt. Maar ook speelt het imago een rol, ook internationaal gezien. Het terugdringen van het separeergebruik is daarom niet alleen verstandig vanwege het beperken van verstoorde behandeltrajecten. De aanbeveling is het terugdringen van het gebruik van de separeer tot een speerpunt van de sector te maken, en hoewel op basis van de wetgeving toegestaan, het gebruik van de separeer als sanctiemiddel te verbieden voor het geval dit nog gebruikt wordt.

DForZo heeft gedurende een aantal jaren het proefverlof als speerpunt gekend. Het is echter niet aangeslagen. Gezien het effect van een tijdige inzet van proefverlof op onder andere de behandelduur is het aan te bevelen van deze variabele weer een speerpunt te maken.

Gezien de problematiek van terbeschikkinggestelden is het aan te bevelen een afwijking van de prognose niet te zien als een falen. Het schema geeft aan dat een afwijking van een half jaar acceptabel is. De prognose blijft als punt aan de horizon belangrijk, ook als stimulans om afwijkingen te beperken of te herstellen. En ook is het met behulp van de prognose beter mogelijk te leren.

In het algemeen is het aan te bevelen casuïstiek in te zetten om te leren, waardoor doelen beter bereikt worden of de lat weer hoger gelegd kan worden. Wat eventueel mogelijk is, maar wellicht is het optimum op een aantal punten al bereikt, kan uiteindelijk alleen proefondervindelijk worden vastgesteld en door zorgvuldig te onderzoeken wat vermijdbaar was.

10.2 Afwijkingen

10.2.1 Afwijkingen en gezondheid van de organisatie

Het verdient aanbeveling dat directies en managementteams hun reflectie op het eigen functioneren verscherpen door het ontwerpen van een signaleringssysteem op basis van output-indicatoren van het primaire proces. Kijkend naar het overzicht van het gebruik van de separeer, dan ontstaat een piek niet binnen een paar maanden, maar gaat daar meer dan een jaar overheen. Uit nader onderzoek zou bijvoorbeeld ook kunnen blijken dat het percentage patiënten dat terugvalt in de periode waarin een crisis op organisatieniveau vorm krijgt langzaam stijgt. Door het lage niveau waarop FPC Oldenkotte deze indicatoren heeft gebracht is het echter lastig fluctuaties van trends te onderscheiden. Een patiënt kan dan bijvoorbeeld het separeergebruik relatief sterk doen stijgen. Ook kost het tijd te ontdekken wat min of meer als norm gesteld kan worden voor een indicator. Het percentage patiënten met terugval heeft zich meer dan gehalveerd, maar dit heeft wel ruim twee jaar gekost. En wellicht is een verdere daling nog mogelijk.

De bezwaren zijn wellicht te ondervangen door het ontwikkelen en het stelselmatig en redelijk frequent volgen van een breder spectrum zoals verwerkt in de patiëntgerelateerde managementinformatie. Mogelijk kan een beginnende crisis op deze manier zichtbaar worden en wellicht tijdig omgebogen. Een randvoorwaarde is wel dat de rapportage breed verspreid wordt. Een verspreiding ter bespreking zoals in Oldenkotte gewoon was, tot en met de commissie van toezicht en de raad van toezicht aan toe, is dan aan te bevelen. Deze transparantie en de vaste agendering, die de vraag in zich heeft nadrukkelijk mee te denken, verlaagt de drempel om met elkaar over knelpunten in gesprek te gaan, waardoor de kans dat het gesprek pas plaatsvindt bij ernstiger escalaties kleiner wordt. Het is vanzelfsprekend ook belangrijk en constructief samen te kunnen genieten van wat lukt, wat het overzicht ook weergeeft.

Het is daarbij goed om te beseffen dat het delen van deze informatie daarnaast niet anders is dan (gezamenlijk) rekening houden met en je te beschermen tegen de in een stressvolle omgeving als een forensisch psychiatrisch centrum zeer menselijke neiging tot externe attributie, symbiose of diskwalificatie. Het hoge ziekteverzuim tijdens de crisis was volgens het jaarverslag over 2006 niet werkgerelateerd. En ook tijdens de onderzoeksperiode kwam de bestuurder van Oldenkotte na het concept te hebben gelezen van de patiëntgerelateerde managementrapportage wel langs met de 'klacht' dat er wel erg veel rood op de voorpagina van stond. De signalen over haperingen in de organisatie zijn om menselijke redenen niet vanzelfsprekend welkom. Het is daarom des te aanbevelingswaardiger deze signalen breed te delen.

Terugkijkend is het aan te bevelen het domein van de leidinggegenden in de behandeling goed af te bakenen en te beperken tot de inhoud van de behandeling, beveiliging en rechtspositie. In samenhang daarmee is een zorgvuldige focus van het complete managementteam op een beperkt aantal doelen met een gemeenschappelijke

verantwoordelijkheid voor het resultaat zeer effectief, juist om te voorkomen dat behandeling, beveiliging en rechtspositie achterblijven.

Dit laatste houdt een aanbeveling in voor de hantering van het INK, om voorzichtig te zijn met de opdeling van de verantwoordelijkheid voor de resultaatgebieden. De kans dat beleid op basis van speerpunten die essentieel zijn voor de ontwikkeling van de kliniek succesvol is lijkt dan snel te stijgen.

10.2.2 Afwijkingen en leren

Exclusief de longstay-populatie zal het aantal terbeschikkinggestelden exclusief de proefverlofgangers bij ongewijzigde omstandigheden afnemen tot rond de achthonderd. Bij een succesvol beleid zal de sector door de afnemende behandelduur wellicht in eerste instantie nog verder krimpen. Omwille van sturing en onderzoek is het belangrijk ‘realtime’ zicht te hebben op ontwikkelingen. De populaties per kliniek zijn of worden voor de signalering van trends en onderzoek te klein, zeker omdat om ontwikkelingen te kunnen waarnemen het belangrijk is doorsneden te kunnen maken per deelpopulatie. Daarom is het aan te bevelen voor de sector een gezamenlijke database te ontwikkelen die voortdurend gevoed wordt. Hoewel ondertussen verouderd heeft de sector in de vorm van MITS en MIP in combinatie met de beveiligde lijnen de infrastructuur in huis om op korte termijn eenvoudig te beginnen. Werkende weg kan de database verder ontwikkeld en verfijnd worden. De ontwikkeling van FPC Oldenkotte heeft laten zien dat verfijning ofwel het werken met cijfers achter de komma pas interessant is als de problemen voor de komma zijn opgelost.

10.2.3 Afwijkingen dwang en drang

Het terugdringen van dwang en drang is in de eerste plaats belangrijk voor de patiënt. Het is daarnaast ook om reden van het verkorten van de behandelduur en vanwege het maatschappelijk belang dat gehecht wordt aan het terugdringen van dwang en drang aan te bevelen om het terugdringen van het gebruik van de separeer als één van de speerpunten van de sector te nemen. Door een set van indicatoren te ontwikkelen welke vanuit verschillend perspectief het separeergebruik actief volgen kan van elkaar geleerd worden en voortdurende worden gestuurd op het terugdringen van het separeergebruik. De daling van het separeergebruik en de bijdrage aan de vermindering van de behandelduur zullen een positieve bijdrage leveren aan de geloofwaardigheid van de sector. Een voortdurende transparantie en monitoring kunnen dan helpend zijn.

10.2.4 Afwijking en traject

Het is aan te bevelen het percentage onderbroken behandeltrajecten actief te volgen, zowel op het niveau van de sector, de kliniek, de afdeling als van de patiënt. Om de ontwikkelingen op het niveau van de sector en de kliniek te volgen kan daarbij gebruik gemaakt worden van een indeling op basis van cohorten eerste opnames, gelijk aan de indeling die gebruikt wordt voor de bepaling van de gemiddelde behandelduur. Het is te verwachten dat ontwikkelingen per kliniek en verschillen tussen klinieken kennis oplevert

over hoe het percentage onderbroken trajecten terug te brengen en te delen en welk percentage haalbaar is. Een dalende trend op sectorniveau in combinatie met een dalende behandelduur zal een positieve invloed hebben op de geloofwaardigheid van de sector.

10.2.5 Afwijkingen en bulkmaatregelen

De verschillen in de manier waarop deelpopulaties van de terbeschikkinggestelden lijken te reageren op de algemene maatregelen die genomen zijn om onttrekkingen te voorkomen lijken op basis van een eerste oriëntatie in FPC Oldenkotte te groot om te negeren. Het is daarom aan te bevelen op sectorniveau onderzoek te doen naar de effectiviteit van de maatregelen per deelpopulatie, niet alleen om te voorkomen dat bepaalde categorieën onnodig hard en zonder passende onderbouwing aan worden gepakt, maar ook om ongewenst en disfunctioneel gedrag te voorkomen. Wellicht kan het positieve effect van de maatregelen op de behandelduur, verondersteld mag worden dat het in hoge mate terugdringen van het aantal onttrekkingen een positief effect heeft, hierdoor versterkt worden.

10.3 Verlofmanagement

10.3.1 Verlof en betrokken afstand

Het risico dat de leiding van een afdeling, in FPC Oldenkotte vorm gegeven door de behandelingscoördinator en de teamleider sociotherapie, bij het verlenen van verlof te veel wordt beïnvloed door het directe contact met de patiënten en de sociotherapie die de hele dienst met de patiënten doorbrengt, is voortdurend aanwezig. Om het risico te beperken is een zorgvuldig positiespel tussen het hoofd behandeling en de direct leidinggevenden van de afdeling van belang. Het is aan te bevelen hierbij onderscheid te maken tussen de rol van projectleider voor de behandelingscoördinator, procesmanager voor de teamleider en van functioneel leidinggevende op ‘betrokken afstand’ voor het hoofd behandeling. Het is daarbij een voorwaarde dat de caseload van het hoofd behandeling zodanig is dat deze volledig op de hoogte kan blijven en tijd en ruimte heeft om in de aansturing van de behandelingscoördinator en de teamleider een heldere regie te voeren. Het op sterkte houden van het multidisciplinair team als het gaat om de aanwezigheid van verschillende disciplines kan deze ‘betrokken afstand’ ondersteunen. Het is daarom in verband met de noodzakelijke forensische scherpste in een forensisch psychiatrisch centrum aan te bevelen om in het ontwerp van het primair proces en het organigram ruimte te bewaren voor een functionaris die de betrokken afstand waar kan maken en een multidisciplinair team dat meerdere verschillende disciplines bevat.

10.3.2 Verlof en afhankelijkheid

Het is gezien de grote maatschappelijke verantwoordelijkheid van klinieken en de hoge mate van zorgvuldigheid die daardoor van de professional wordt gevraagd aan te bevelen dat de klinieken – uitgaande van het INK-model – minimaal functioneren op het procesniveau. Het is voor het procesniveau kenmerkend dat de communicatie verschuift van verticaal naar horizontaal, het leiderschap verschuift van operationeel naar

procesgericht. Voor het verloffmanagement betekent dit dat op deze manier de forensische scherpste van alle professionals gemobiliseerd kan worden. De uitzondering op de regel is de ‘verticale’ insteek van het hoofd behandeling als top van de driehoek op die momenten dat deze een risico als te groot inschat. De eerder beschreven uitgangspunten van het verloffmanagement maken duidelijk hoe de collega’s afhankelijk van elkaar zijn en hoe zij gemobiliseerd kunnen worden.

10.3.3 Verlof en afbakening

Het is aan te bevelen na te denken welke behandelmodules afgerond of opgestart moeten zijn voordat een volgende machtiging wordt aangevraagd. Het is daarbij belangrijk dat de behandelmodules afgebakend zijn in tijd. Op deze manier ontstaat er een expliciet verband tussen behandeling en verloffmachtiging waardoor het mogelijk is na te denken over de benodigde duur van een machtiging. Dit kan mogelijk op zorgprogramma-niveau in het format van de trajectkaart verwerkt worden. Zijn de geplande modules ‘op’, dan ontstaat er een expliciet beslismoment waarop nagedacht kan worden of er wellicht bijgestuurd moet worden op de behandellijn indien het resultaat niet geleid heeft tot voldoende grond voor de aanvraag van de volgende machtiging.

10.3.4 Verlof en verantwoording

Het beperken van de duur van de verloffmachtiging transmuraal verlof is belangrijk voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur. Bij de aanvraag van een machtiging is het criterium of de risico’s voldoende zijn teruggebracht. Dit betekent dat alleen de minimum kant bewaakt wordt, waardoor transmuraal verlof jaren kan duren. Het is daarom aan te bevelen bij de jaarlijkse evaluatie van de machtiging transmuraal verlof ook aan te laten tonen dat verlenging van de machtiging noodzakelijk is omdat uitstroom naar proefverlof onverantwoord wordt geacht. Een belangrijk neveneffect is dat de transparantie van de besluitvorming naar de patiënt wordt verhoogd, en ook naar de rechterlijke macht en de advocatuur.

10.3.5 Verlof en transparantie

Het is aan te bevelen om de invoering en uitvoering van beleid als het gaat om de verkorting van de behandelduur niet uitsluitend aan de verantwoordelijken voor de behandeling over te laten, maar de kwaliteitscyclus van dit beleid te verbinden met het hele managementteam, deze ook verantwoordelijk te maken, en bij de cyclus ook externe gremia te betrekken. Maximale transparantie is daarbij een voorwaarde. Het past bij actieve sturing dat niet alleen op grote lijnen wordt gerapporteerd, maar ook daar van afgeleid tot op afdelings- en patiëntniveau, waar nodig of wettelijk verplicht in verband met de bescherming van de privacy geanonimiseerd.

10.4 Resultaatgerichtwerken

10.4.1 Traject en beëindiging

Het is aan te bevelen de verkorting van de behandelduur samen te laten gaan met een betere stroomlijning van of anders gezegd afbouw van de bemoeienis en verantwoordelijkheid van de klinieken tijdens de resocialisatiefasen transmuraal verlof, proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Voor een beter onderbouwd traject tot en met de beëindiging is het van belang dat het resocialisatietraject in zijn geheel, ook bij een (vroegtijdige) stagnatie, in beeld blijft bij de verlofunit, deze geadviseerd door de AVT. De trajectkaart maakt het mogelijk dit te visualiseren.

Het ligt in het verlengde van de hiervoor genoemde aanbeveling om aan te tonen dat verlenging van de machtiging transmuraal noodzakelijk is, ook in het geval van de andere machtigingen en de fase zonder machtiging te onderbouwen waarom de volgende machtiging in de hiërarchie na een jaar nog niet wordt aangevraagd. Het uitgangspunt daarbij is dat elke soort machtiging doorlopen wordt. Op basis van de aanvullende onderbouwing kan de kliniek een beter en genuanceerder advies afgeven ten behoeve van de verlengingszitting. Het is in het geval dat een patiënt zeer beperkte mogelijkheden heeft tijdig duidelijk waarom eventueel één of meerdere fasen in aanloop naar de beëindiging zijn overgeslagen.

10.4.2 Traject en resultaatgebieden

Het is om de behandelinspanning beter te kunnen sturen in de eerste plaats aan te bevelen per patiënt de meest kritieke behandeldoelen voor het gehele behandeltraject vast te stellen, dit in een breed en gekwalificeerd gremium als de kwaliteitscommissie. Hierbij wordt uitgegaan van een vaste tabel van meetbare doelen, in FPC Oldenkotte de dynamische risicofactoren van de HKT-30. Een eventuele bijstelling dient dan ook via de commissie plaatsvinden. Deze behandeldoelen zijn kritiek genoemd om aan te geven dat er sprake is van een vitale relatie met de factoren die tot het delict geleid hebben of essentieel zijn als beschermende factor. Op termijn biedt de analyse op geaggregeerd niveau wellicht de mogelijkheid tot profielen te komen die helpen bij het nadenken over de invulling van de kritieke behandeldoelen.

Het is aan te bevelen dat een brede discussie met een daaropvolgende besluitvorming plaatsvindt welke module of discipline kerncompetenties kent in relatie tot een bepaald resultaatgebied, direct of indirect. Na verloop van tijd kan dan geïnspireerd door onderzoek aan de praktijk overwogen worden één of meerdere resultaatgebieden te verwijderen uit de lijst en deze aan te vullen met andere meetbare doelen. Hierbij valt ook te denken aan de beschermende factoren als geformuleerd in de SAPROF, factoren die evenals de risicofactoren op ordinaal niveau meetbaar zijn.

Hierbij is in de lijn van een mogelijke inzet van SAPROF na te denken over de invalshoeken risico en bescherming. Er is overlap tussen de risicofactoren van de HKT-30 en de beschermende factoren van de SAPROF. Een aantal duidelijke voorbeelden hiervan

zijn empathie en empathisch vermogen, copingvaardigheden en coping en sociale steun en netwerk en netwerk. Ook is er sprake van beperkte overlap, bijvoorbeeld bij impulsiviteit en zelfcontrole. De een leidt echter tot een behandeling gericht op het negatieve, terwijl de ander expliciet op de opbouw gericht is. De een constateert dat het wellicht niet meer mis gaat, de ander dat iets lukt. Gezien vanuit het perspectief van een mogelijk effect op de motivatie tijdens de behandeling is het interessant na te denken hoe resultaatgebieden te formuleren. Het blijft daarbij wenselijk het aantal te beperken. Het integraal toevoegen van de SAPROF aan de trajectkaart is mogelijk, maar gaat ten koste van de overzichtelijkheid en leidt onontkoombaar tot een trajectkaart op A₃ formaat. In het kader van kennisontwikkeling en optimalisatie en om reden van voortschrijdend inzicht is het belangrijk periodiek de afweging te herhalen.

De sociotherapie is in de eerste plaats belangrijk voor het leef- en behandelklimaat, zij voert een programma uit gericht op een populatie met een bepaalde gemeenschappelijke vraag. Om de effectiviteit van de sociotherapie te verbeteren is het de aanbeveling om aan de voor de sociotherapie relevante resultaatgebieden leersituaties te koppelen en deze te operationaliseren. Dan is de sociotherapie niet alleen gereedschap – dat zal de essentie blijven, zeker als het gaat om goede bejegening – dat het programma van de afdeling vorm geeft, maar heeft zij ook een koffer met gereedschap. De situatie zoals die in FPC Oldenkotte groeide, leidt anders onontkoombaar tot de overweging het deelplan af te schaffen.

Uiteindelijk is het aan te bevelen dat op basis van voortschrijdend inzicht in de koppeling tussen kritieke resultaatgebieden en de in te zetten behandelmodules en disciplines de trajectkaart al vroegtijdig voor wat betreft de behandeling wordt ingevuld. Wellicht heeft dit ook nog praktische voordelen op het gebied van planning en efficiëntie.

10.4.3 Traject en doelstelling

De sector heeft als doelstelling de behandelduur in 2017 teruggebracht te hebben naar acht jaar. Gezien de resultaten in FPC Oldenkotte, gerealiseerd ondanks dat de invoering van de interventies nog niet afgerond was en de handhaving nog verbeterd kon worden, is het zoals eerder aangegeven aan te bevelen de doelstelling voor de sector bij te stellen naar een behandelduur van vijf jaar. Een eerste toetsing van de doelstelling kan plaatsvinden op basis van de prognoses met behulp van een trajectkaart. Een eerste voorwaarde is dat de gemiddelde prognose op vijf jaar uitkomt of iets lager. In de praktijk is er vervolgens ruimte voor een afwijking van gemiddeld een half jaar.

De eerste interventies in FPC Oldenkotte stammen uit 2009 en de ene interventie draagt sneller bij aan de verkorting van de behandelduur dan de andere. Het lijkt daarom redelijk, de omslag zal gezien de praktijk in FPC Oldenkotte de nodige tijd kosten, de doelstelling voor 2017 met een jaar naar beneden bij te stellen tot zeven jaar en voor 2021 de doelstelling op vijf jaar te stellen. Deze behandelduur kan dan, mits de mediaan gepasseerd is, voorjaar 2022 vastgesteld worden op basis van de cohort eerste opnames van 2016. Tot dan is het aan te bevelen periodiek – tweemaal per jaar biedt redelijk zicht op de

ontwikkeling – de ontwikkeling op basis van een combinatie van de gerealiseerde behandelduur en de al of niet bijgetelde prognose te volgen.

10.4.4 Traject en resocialisatie

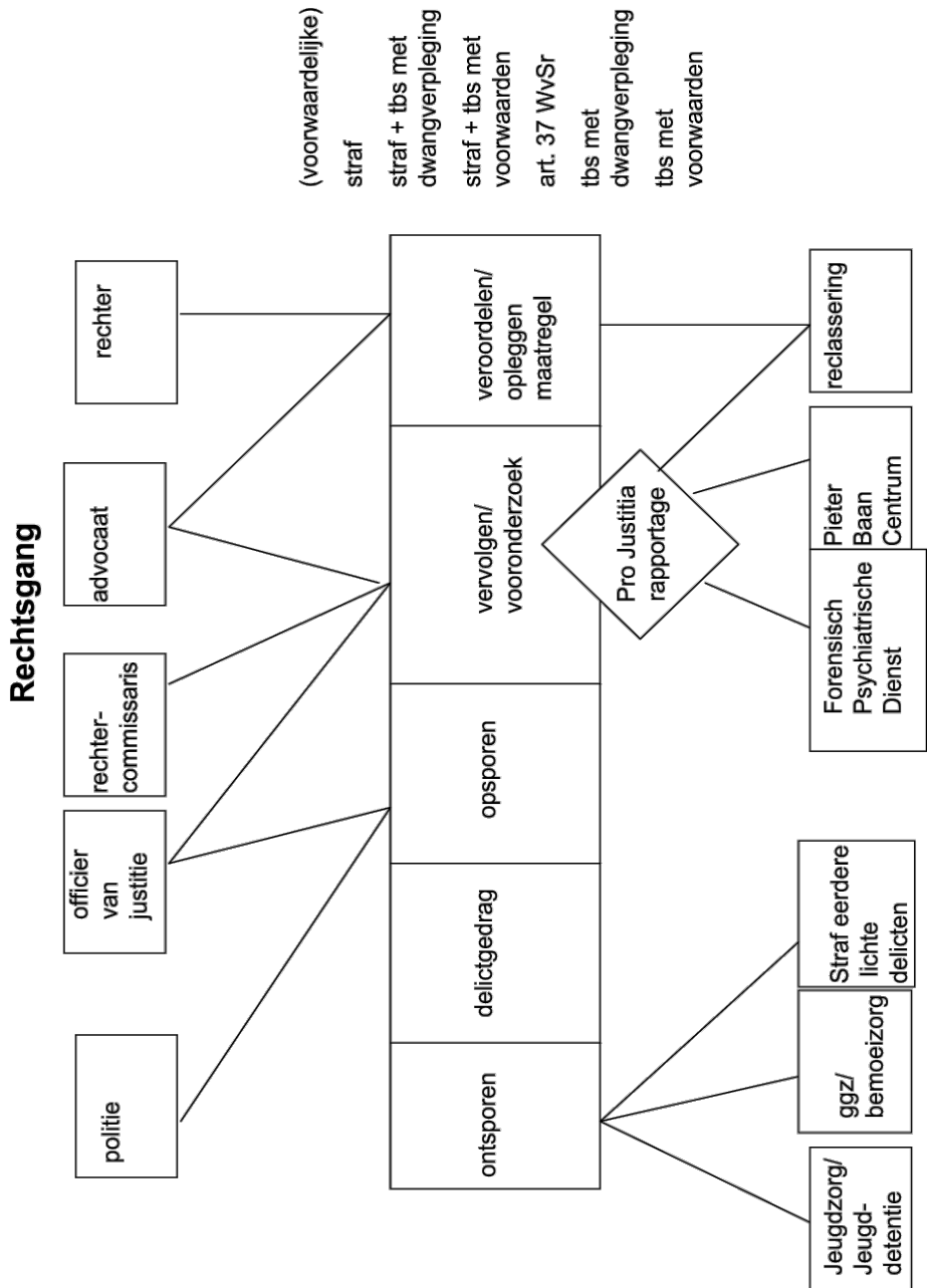
Om de waarde en de geloofwaardigheid van het terugbrengen van de behandelduur te verhogen is het aan te bevelen de mate waarin er sprake is van resocialisatie op het moment van de voorwaardelijke beëindiging te vergroten. Er zijn geen duidelijke normen voor een optimale verdeling over de verschillende machtigingen of verblijfslocaties bij de beëindiging van de terbeschikkingstelling. De resultaten van FPC Oldenkotte laten een voorzichtige positieve trend zien, waarbij de indruk is dat er nog ruimte is voor verbetering. Wellicht kunnen de resultaten van FPC Oldenkotte als uitgangspunt gebruikt worden. Het stellen van een tot op verblijfslocatie en verlofmarge uitgewerkte prognose per patiënt, zoals vastgelegd in de trajectkaart van FPC Oldenkotte, maakt het op redelijke termijn mogelijk de uitkomsten per cohort vast te stellen en te gebruiken om naar de doelstelling toe te werken.

10.4.5 Traject en risicoprofiel

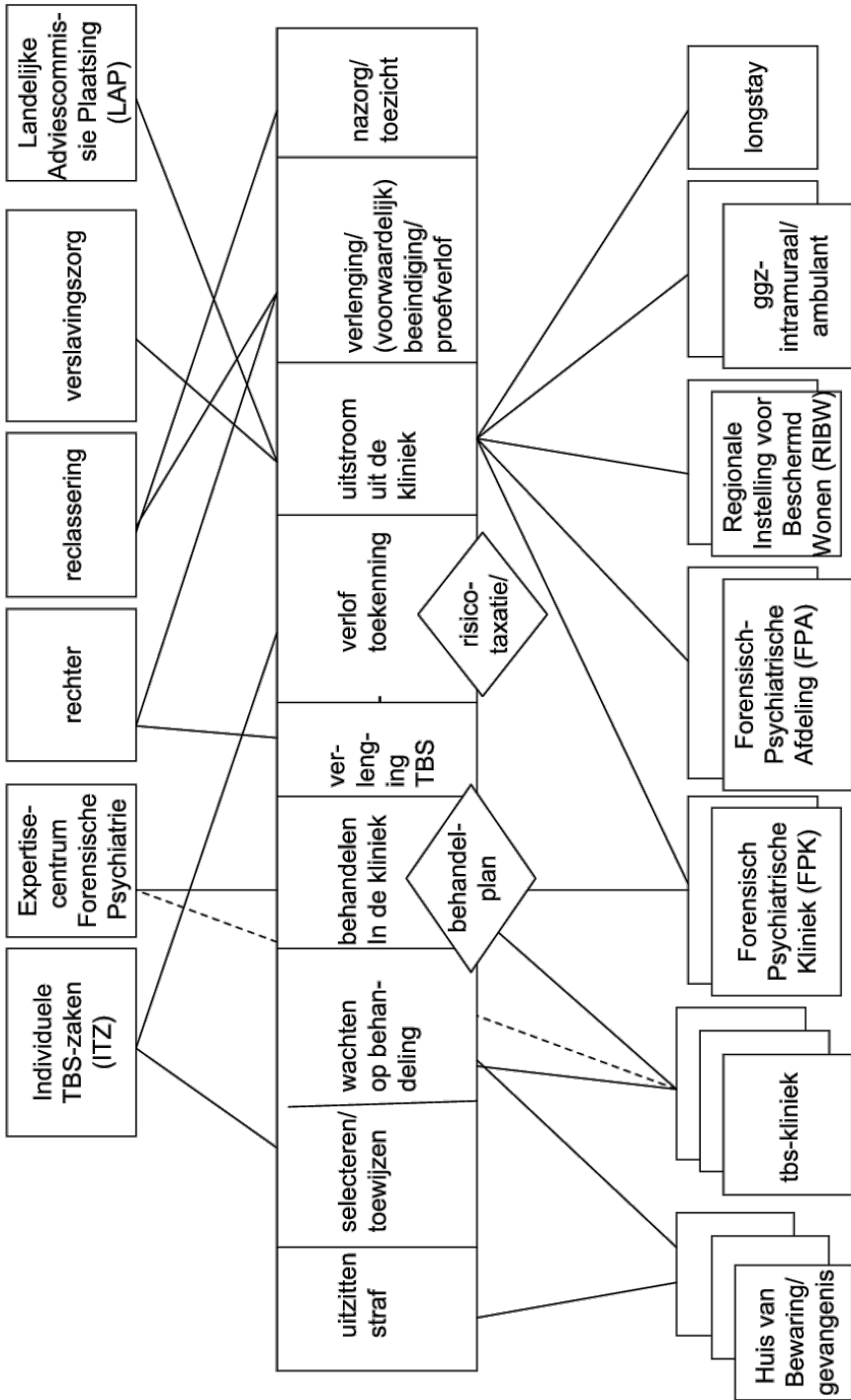
De eerste zeer voorzichtige conclusie voor wat betreft de ondersteunende waarde van de risicoprofielen bij de doelscore is gebaseerd op een beperkt aantal waarnemingen. Daarnaast blijft het belangrijk te beseffen dat het scoreverloop op ordinaal niveau plaatsvindt, per individuele score beschreven is en de betekenis van een score daarom per risicofactor verschilt. Omdat de eerste resultaten niet strijdig zijn met de veronderstelling dat het profiel per uitstroomsituatie verschilt en gemaakte keuzes in behandelplannen strijdig lijken met wat op basis van het profiel verwacht mag worden is het interessant naar deze systematiek verder onderzoek te doen.

Duidelijk kan dan worden hoe een profiel wellicht de behandeling kan ondersteunen bij een keuze op het niveau van 'n = 1', maar ook of er wellicht een aantal risicofactoren niet of onvoldoende relevant zijn en wellicht beter vervangen kunnen worden door andere meetbare factoren. De beschermende factoren van de SAPROF zijn bijvoorbeeld al genoemd. De afweging die nu impliciet en globaal gedaan wordt, bijvoorbeeld dat "een fpa beschermt en steunt beter dan een ribw", kan dan wellicht specifiekier gemaakt worden en indien nodig tijdig bij de behandeling als resultaatgebied betrokken worden.

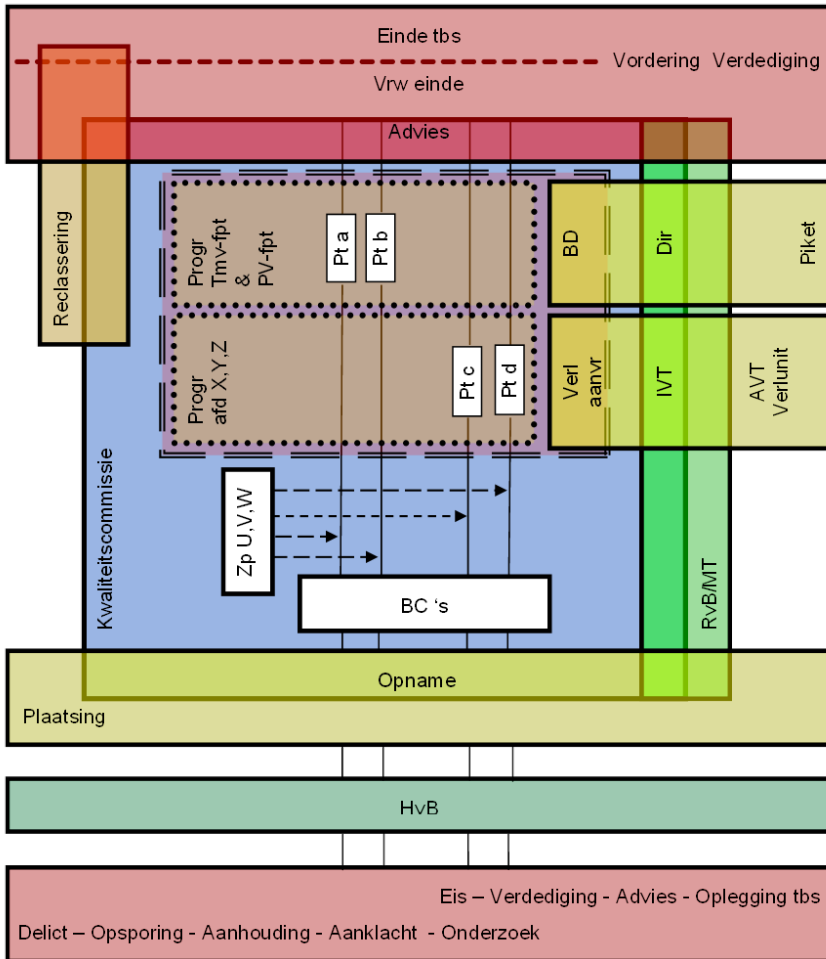
Bijlage I: Stroomschema's parlementaire commissie Visser



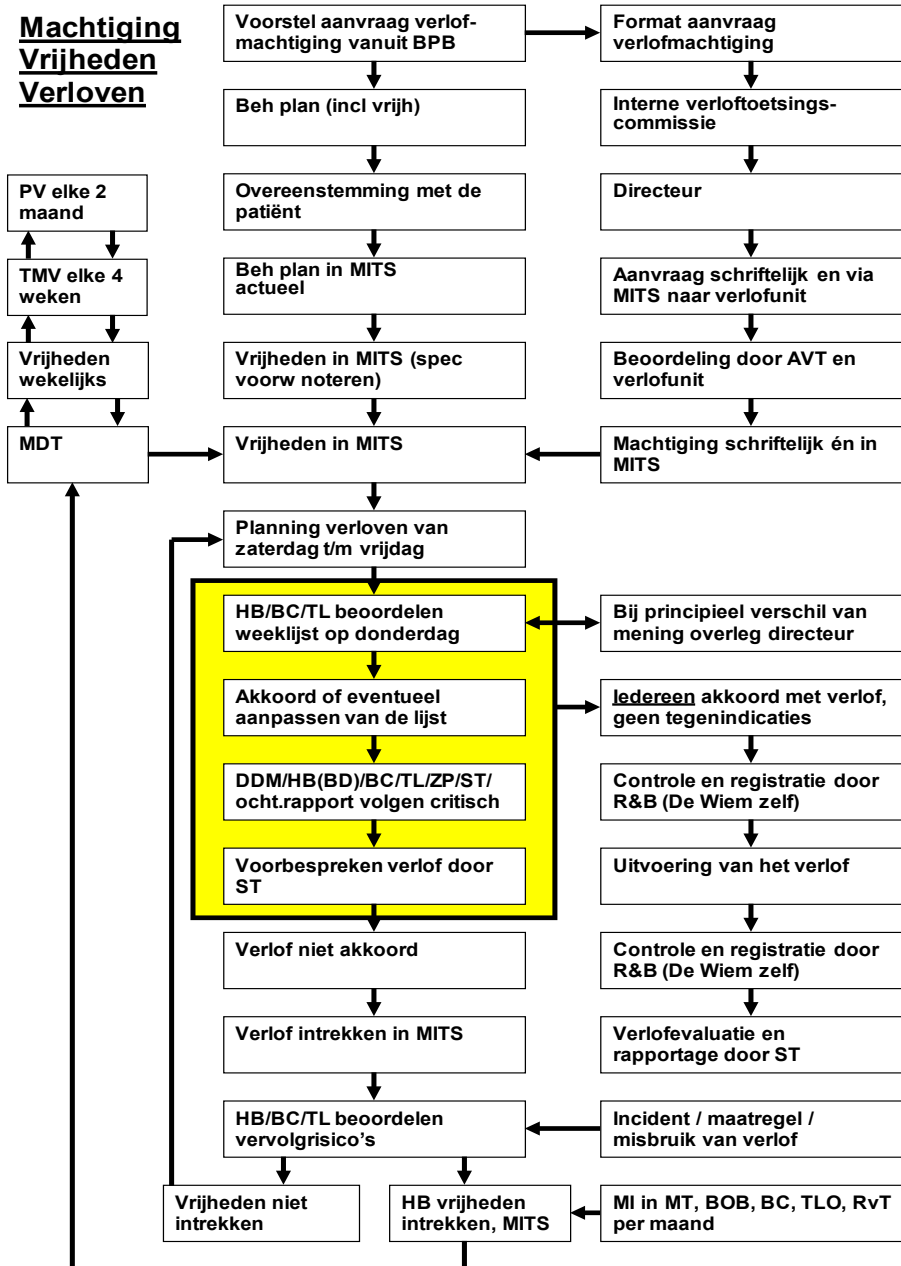
Uitvoering TBS-maatregel



Bijlage II: Model terbeschikkingstelling



Bijlage III: Verlofmanagement



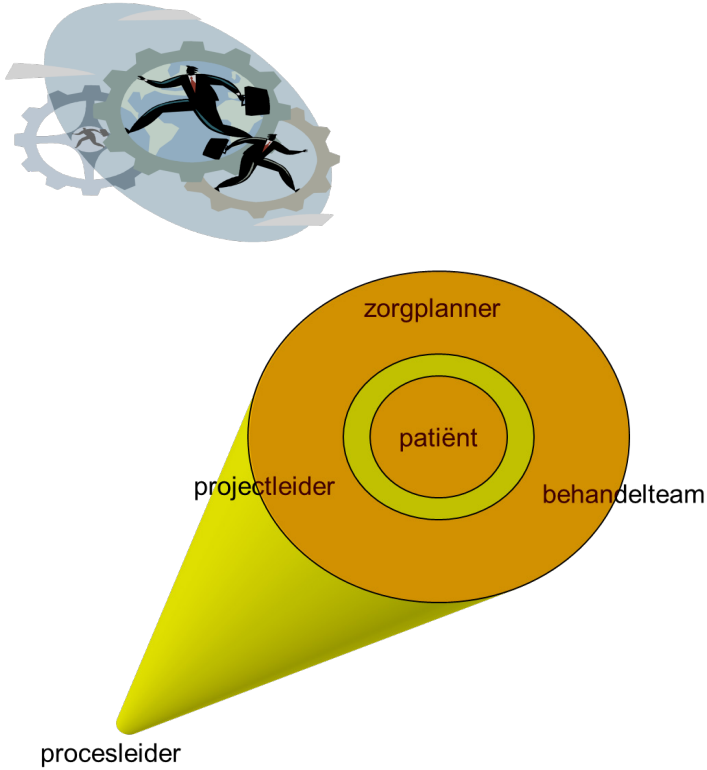
Bijlage IV: Module/discipline versus risicofactor

Patiënt: Nnnnnnnn	Probleemzicht	Psychische symp	Middelgebruik	Impulsiviteit	Empathie	Vrijheid	Soc en Rel vaard	Zelfredzaamheid	Acculturatie probl	Attitude tov beh	Verantw voor delict	Seksuele preoccupatie	Copingvaardigheden	Overeenstemm voorw	Materiele indicatoren	Dagbesteding	Vaardigheden	Sociale steun netw	Stresserende omst
BPB: 16 maart 2009																			
RT: 2 maart 2009																			
Doel uitstr: RIBW																			
Zorgprogramma: II																			
Doelscore																			
Huidige score																			
Aanvangsscore																			
Milieu																			
I-A	1	3	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
I-B	2	3	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
Iemenhuve	1	2	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
t Zand	1	/	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
Kienvennew eg	1		1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
II-A	2		1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
II-B	2		1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
II-C	2		1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
II-D	2	1	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
IV-AB	1		1	1		1	2	3		1		1	1			1	1		
IV-CD	1		1	1		1		1		1		1	1			1	1		
De Wiem	1		1	1		1	2	2		1		1	1			1	1		
Alleew eg	1		1			1	2	2		1		1	1			1	1		
RIBW-koop						1	1	2		1		1	1			1	1	1	
III-A	2	1	1	1		1	1	2		1		1	1			1	1		
Therapieën/Trainingen																			
Clientgerichte ther	3			1	4	3	2		2	3	2	1	3	1		1	/	1	1
Cognitieve gedragsther	4	2	3	3	2	3	2			3	2	3	3	1		1	/	1	1
Delictketenr gew eld	3			3	1	3				2	4	1	2						2
Delictketenr zeden	3			2	1	1	/			2	4	3	2						2
Dialectische gedr ther 1	3		1	3	1	2	2	2		2			4			1	2		2
Dialectische gedr ther 2 ?	2		1	1		1	1	1		1			2			1			1
Goldstein	1		2	1	2	3	3	1					1	1			3		1
Impulscontr tr	1		2	4	1	4	1	2		1		2	4			1	2		1
Impulscontr tr ASP	1		2	4	1	3	1	1				3				1	1		1
Individueel gesprek (RA) ?				1	1	1	1		1	1				2					
Individuele ther	4	1		1	3	2		1	1	2	2	2	2	1				1	1
KPG	3	/			2	2	3	1	1	2	1	1	2					1	2
Leefstijltraining			1	1			/			/		2					1		/
Liberma-1 APMed	3	1						2		1	1	1					1	1	
Liberma-2 Psymp	2	4	1					2		2		2					2	1	1
Liberma-3 VT	2	1						1	/	1			1			1	1	2	
Liberma-4 Versl	1	2	3	1				2		1			1				1	1	
Medicatie	1	1										2							1
Relatiebegeleidingsgespr	3					1	2	4	1	1	/	1	1		1			4	2
Schematherapie	3	1	1	2		2	2	1		1	2	1	1	/			1		1
Zelfredzaamheidstraining							1	1	1				1			1	1	1	1
Vaktherapieën																			
Beeldende ther	2			2		2	1			1			2			1	1		1
Dramather	1			1	1	2	2	1					1			1	2	1	1
Muziekther	1			1	1	1	1						1			1	1		1
Psychomotorische ther	2			3		1	1						1			1	1	1	1
Dagbesteding																			
Assemblage							1	2	2	1			1		3	4	3		2
Dienstverlening				1			1	2	2	1			1		3	4	3		2
Leren							1	2	2	1			1		3	4	3		2
Recreëren							1	2	2	1			1			4	3	1	2
Andere middelen																			
Maatschappelijkkw erk			1	1				2	2	1			1	1	3	1	1	2	1
Sociaal juridische dienst								2		1			1	1	4	1	1	1	1
Vrije tijd			1						1	1			1	1	2	4	1	1	1
Werk			1	1			1		1	1			1	1	3	4	1		1

Bijlage V: Concept verloop risicotaxatie en grafische weergave (fictief)

[illegible]

Bijlage VI: Doen



- missie en visie van Oldenkotte
- opzet lemenhuve, perspectief van:
 - procesleider
 - projectleider
 - zorgplanner
- confrontatie opzet lemenhuve met missie en visie van Oldenkotte
- conclusies

Bijlage VII: Voorblad managementinformatie primair proces

Samenvatting patiëntgerelateerde managementinformatie 2012 tot en met nov ('Ctrl+cursor' hoofdletter doet verspringen naar item, 'Ctrl+home' voor terug)

	Ontwikkeling	maand	lang		opmerking
separaties					
separatie algemeen				A	Een stijging op maandbasis die het jaargemiddelde negatief beïnvloed, geen bopz-separatie
aantal separaties				B	Sprake van twee separaties, het gemiddelde over het jaar
separatieduur gem				C	De separatieduur uitsluitend te verlagen door andere crisisbeheersing, nu kwetsbaar als pi
separatiedagen				D	Aantal separatiedagen boven gemiddelde dit jaar, zichtbaar in jaargemiddelde
bijzondere voorvallen					
geweld tegen pt				E	Gemiddeld boven de doelstelling van dit jaar, deze maand geen incident
geweld tegen personeel				E	gemiddeld op niveau doelstelling, na vier maanden op een rij nu één incident (recidive apart)
automutilatie ernstig				E	stabiel goed, tot nu toe niet voorgekomen
suïcidepoging				E	stabiel goed, tot nu toe niet voorgekomen
suïcidegeste				E	Niet aan de orde
separaties pt-niveau					
aantal per separatieduur				F	Nadruk sterk op korte separaties, ondanks een wat langere deze maand (4 dgn)
totaal aantal dgn per pt				G	Eén patiënte overheerst, echter effect van begin van dit jaar, geen negatieve spiraal herkenbaar
verdeling m/v				H	niet meer sterk overheersend vrouwen in separatie, de verschuiving zet zich door
maatregelen sep/afz/bak-afz/pak				I	Stabilisatie over het gemiddelde van de laatste vier maanden, lager dan eerste helft dit jaar
aantallen maatregelen				J	Nadruk op de afzondering
opbouw van de maatregelen				K	Inclusief de separaties van bopz-ptn, een duidelijke nadruk op de lichtere maatregelen
verdeling pt-niveau					
onderwerpen 4-mnd rapportage					
productie				L	Hoog, maar nu dalend % verblijfspn, relatief hoge instroom eerste opnames, echter meer nodig
bruto bezetting				L	118 tbs, 10 bopz, totaal 128, lage bez% levert bovenmodaal aantal 1-ste opnames op, prima
bezettingsperc netto				L	Met 125 ruim onder de begroting van 132 bezette bedden (te veel fpa, time-out voorw einde tbs)
prestatie-dicatoren DForZo				M	neg.4 onttrekkingen, pv loopt achter, % (voorw)einde na pv: recidive pos: %einde – %voorw einde: bez 87,5%, 1e opname 11, klachten 3, doorstroom: behandelduur
behandeling					
behandelplannen				N	20 behandelplannen niet actueel. Proces is niet op orde, ook bij meevragen administratieve hobbel
beh. duur extramuraal				O	Gestegen tot 8,4 jr, hoog omdat zij bepalend zijn voor de komende uitstroom.
verlofmanagement				P	De regie, maar ook de zorgvuldigheid tmv nog steeds niet op orde, ook herhaling vid vorige maand
tijdige aanvraag marges				Q	De positieve trends worden steeds duidelijker.
% met verlof marge				R	Hoog percentage van de patiënten heeft een verlofmarge, hoog aantal afgekeurde en ingetrokken.
diversen					
Uit- en instroom tbs				S	Hoge uitstroom vooral voorwaardelijk einde tbs, nieuwe opleggingen blijven ver achter.
evaluatie verlofaanvragen					Eén van de 5 te laat, de eerste sinds drie maanden.
verlengingsadvies					Eén advies te laat van de 10, gelijk aan het gemiddelde over het jaar.

Bijlage VIII: Trajectkaart

Kernproblematiek (box 2 verlofaanvraag/kort): Misbruik van Cannabis, Seksueel misbruik ve kind, seksueel misbr ve volwassene, Antisociale PS, Borderline PS (IV)																			
Zorgprogramma: Seksueel grensoverschrijdend gedrag (DKG/SGG)/Seksuoloog/VRIS), subroute PS																			
Uitstroomperspectief: RIBW (overplaatsing derde kwartaal 2014 naar Kijvelanden, evt Hrv)																			
Uitstroomkwartaal: 3e kwartaal 2016																			
HKT-30	Probleeminzicht	Psychotische symptomen	Middelengebruik	Impulsiviteit	Empathie	Vriendigheid	Relatieve en sociale vaardigheden	Zelfredzaamheid	Acculturatie probleematiek	Attitude tov behandeling	Verantw. voor delict	Seksuele preoccupatie	Copingvaar digheden	Overeenstem- ming over voorwaarden	Materiele Indicatoren	Dagbesteding	Vaardigheden	Sociale steun en netwerk	Stresserende omstandigheden
	Initieel	X	X							X			verlofsc	X	4	4	3	4	
	okt-12	4	0	3	1	3	1	3	0	0	4	3	0	3	4	0	1	4	4
	sep-13	3	0	3	1	3	1	2	0	0	3	1	3	3	4	0	1	4	2
	sep-14												verlofsc						
	sep-15												verlofsc						
	doelscore	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Traininden en groeps therapie en VRIS	aanv kwartaal	jun-12	intake	BPB1	BPB2	BPB3	BPB4	BPB5	BPB6	BPB7									
	kwartaal	1	aug-12	dec-12	jun-13	sep-13	dec-13	mar-14	jun-14	sep-14	dec-14	mar-15	jun-15	sep-15	dec-15	mar-16			
	door/uitstroom	IL-D				IV-CD	beg ver	beg ver	beg ver										
	machtinging verf																		
	Seksuoloog				seks	seks													
	VRIS																		
	Tenuwprev.gr.																		
	RT		rt																
	algemeen				dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg	dkg
	DKG/SGG																		
Individueel	VT-intro		vt intro-s	vroegs-s	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs	vroegs
	Vroegsign																		
	SD																		
	Diagnostiek																		
	Psychoth																		
	Seeking Safety																		
	DGT/ICT																		
	Psychiater																		
Mw DDB	tsna																		
	werk																		
	leren																		
	leren recreëren																		
	daarvoor uren																		

Bijlage IX: In behandelplannen gekozen behandeldoelen en daaraan gekoppelde modules/disciplines van de eerste opnames van 2010 en 2011

Bijlage X: Risicoprofielen van patiënten met een uitstroomperspectief naar een fpa en naar een ribw

		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Probleeminzicht	2,4	1,4	0,3	2,3	2,1	2,7	2,4	1,0	0,1	2,0	2,7	0,0	2,7	2,4	3,5	3,8	2,8	2,6	3,6
		1,1	0,2	0,1	0,8	1,0	0,6	1,4	0,6	0,2	0,3	0,9	0,0	1,2	0,2	0,3	0,4	1,1	0,9	1,0
		1,3	1,2	0,2	1,5	1,1	2,1	1,0	0,4	-0,1	1,7	1,8	0,0	1,5	2,2	3,3	3,5	1,7	1,7	2,6
	aanvangscore																			
fbw	aanvangscore	2,5	1,6	0,6	1,4	2,2	2,0	2,2	1,8	0,2	1,4	2,8	1,0	2,6	1,6	3,2	3,2	2,8	2,2	3,2
	doelscore	1,4	0,6	0,0	0,6	1,4	0,8	1,0	1,0	0,2	0,6	0,8	0,2	1,2	0,4	0,6	0,2	0,8	1,0	0,8
	verschil	1,1	1,0	0,6	0,8	0,8	1,2	1,2	0,8	0,0	0,8	2,0	0,8	1,4	1,2	2,6	3,0	2,0	1,2	2,4
fbw	aanvangscore	2,4	1,4	0,3	2,3	2,1	2,7	2,4	1,0	0,1	2,0	2,7	0,0	2,7	2,4	3,5	3,8	2,8	2,6	3,6
	doelscore	1,1	0,2	0,1	0,8	1,0	0,6	1,4	0,6	0,2	0,3	0,9	0,0	1,2	0,2	0,3	0,4	1,1	0,9	1,0
	verschil	1,3	1,2	0,2	1,5	1,1	2,1	1,0	0,4	-0,1	1,7	1,8	0,0	1,5	2,2	3,3	3,5	1,7	1,7	2,6
fbw - nbw	aanvangscore	0,1	0,2	0,3	-0,9	0,1	-0,7	-0,2	0,8	0,1	-0,6	0,1	1,0	-0,1	-0,8	-0,3	-0,6	0,0	-0,4	-0,4
	doelscore	0,3	0,4	-0,1	-0,2	0,4	0,2	-0,4	0,4	0,0	0,3	-0,1	0,2	0,0	0,2	0,3	-0,2	-0,3	0,1	-0,2
	verschil	-0,2	-0,2	0,4	-0,7	-0,3	-0,9	0,7	0,4	0,1	-0,9	0,2	0,8	-0,1	-1,0	-0,7	-0,5	0,3	-0,5	-0,2

Samenvatting

De inleiding in hoofdstuk 1 beschrijft de TBS-maatregel, waarbij tevens aandacht wordt besteed aan het onderscheid tussen de TBS-maatregel en de strafoplegging. De inleiding gaat verder in op thema's als vrije wil en toerekeningsvatbaarheid, het onderscheid tussen TBS met bevel tot verpleging en TBS met voorwaarden en longstay. Vervolgens gaat de inleiding in op de ontwikkeling van de TBR tot TBS en wordt vooruit gekeken naar de Wet forensische zorg. Andere thema's die in de inleiding in relatie tot de TBS-maatregel aan de orde komen om de positie van de TBS-maatregel te verduidelijken zijn golfbewegingen, resocialisatie, beschaving, dader en maatschappij.

Hoofdstuk 2 gaat in op inspanningen en resultaten van verschillende leden van de sector om de kwaliteit van de TBS-maatregel te verbeteren, maar ook op door de sector als ongewenst ingeschatte effecten van de inspanningen. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag wat het voor de eigen verantwoordelijkheid van de sector betekent indien vanwege de lange behandelduur en de weigerende observandi er een categorie gestraften in de penitentiaire instellingen verblijft of heeft verbleven die nu en later onvoldoende voorbereid, onbehandeld en met een onverantwoord hoog recidiverisico in de samenleving terugkeert. Aansluitend wordt op basis van de meer recente historie van FPC Oldenkotte verantwoord waarom de kliniek gebruikt is als casus voor het onderzoek. De voorgaande oriëntatie leidde tot de doelstelling: De doelstelling van het onderzoek is de sector TBS handvatten te verschaffen om de TBS te optimaliseren, hetgeen kan leiden tot een proportionele behandelduur en een geloofwaardige TBS. Na de probleemstelling worden de kernbegrippen geloofwaardigheid, proportionaliteit en optimalisatie geoperationaliseerd. Tot slot wordt ingegaan op de gehanteerde werkwijze en de presentatie van het onderzoek.

In hoofdstuk 3 is de dynamiek van het aantal opleggingen onderzocht om na te gaan wat dit betekent voor de ontwikkeling van de sector TBS en de mogelijkheid dat er een groeiende categorie (ex)gedetineerden is die feitelijk in aanmerking komt voor de TBS-maatregel. Vervolgens is om het risico daarvan aan te tonen ingegaan op het verschil in effectiviteit tussen de TBS-maatregel en de strafoplegging. Het belang van de behandelduur is onderzocht in relatie tot de motivatie van de weigerende observandi. Aansluitend is onderzocht of de behandelduur als een afhankelijke variabele beschouwd kan worden om na te gaan of er kansen zijn de behandelduur terug te brengen. Tevens wordt in het hoofdstuk ingegaan op de behandelduur van de TBS-maatregel in relatie tot de duur van de strafoplegging om een beeld te vormen van het spanningsveld tussen beide.

Om na te kunnen gaan hoe de behandelduur en de geloofwaardigheid zijn te beïnvloeden, is in hoofdstuk 4 eerst een model ontwikkeld dat de complexe werkelijkheid van de TBS-maatregel en de rechtsgang op een behapbare manier weergeeft. Het model is gecombineerd met drie speerpunten van het beleid in FPC Oldenkotte, te weten het terugbrengen van dwang en drang, het verlofmanagement en het resultaatgericht werken. De invalshoek van dwang en drang is aangevuld met andere afwijkingen van het reguliere behandeltraject. Dit leidde tot een

instrument dat het in de praktijk van FPC Oldenkotte op micro-, meso- en macroniveau mogelijk maakte om de veranderingen en bijbehorende effecten van mogelijk relevante variabelen te onderzoeken.

In hoofdstuk 5 is de ontwikkeling en het belang van afwijkingen als separatie, gedwongen toediening van medicatie, onttrekking aan toezicht en terugplaatsing binnen FPC Oldenkotte onderzocht. Tevens is het beleid om het aantal afwijkingen terug te dringen bij de analyse betrokken om de effectiviteit daarvan na te gaan. Het aantal onttrekkingen en de op basis daarvan ingetrokken machtigingen zijn op sectorniveau onderzocht om een indruk te krijgen van het belang van de afwijking en hoe daarmee mogelijk om te gaan.

In hoofdstuk 6 worden voorafgaand aan de beschrijving van het verlofmanagement eerst de achtergronden van de verlofpraktijk beschreven en de aanleiding tot het ontstaan van het concept verlofmanagement in FPC Oldenkotte. Vervolgens worden de getalsmatige ontwikkeling van de verschillende machtigingen en verlopen en de resultaten van het beleid om de periode zonder verlofmachtiging te verkorten en de uitstroom te versnellen gepresenteerd. Deze resultaten zijn geconfronteerd met de sectorbrede uitkomsten om na te gaan waar de kansen voor de sector liggen.

Het hoofdstuk 7 vangt aan met een onderzoek van de praktijk van de beëindiging van de TBS-maatregel, waarbij specifiek aandacht is voor de risicofactoren, de verlofmachtiging en het soort verblijf op het moment van de beëindiging, om op basis daarvan mogelijkheden te vinden tot verbetering. Vervolgens wordt het concept resultaatgerichtwerken gepresenteerd en wordt ingegaan op de mogelijkheden de behandeling efficiënter en effectiever in te richten door het gebruik van de risicofactoren in de behandelcyclus en de hantering van drie met behulp van de trajectkaart aan het begin van de behandeling vastgestelde parallel lopende trajecten. Deze trajecten bestaan uit de in de tijd vastgelegde achtereenvolgende verlofmachtigingen en afdelingen met als derde een traject dat samengesteld is uit de beginscores bij opname en doelscores bij uitstroom op basis van de dynamische risicofactoren van de HKT-30. Aansluitend is de inzet van de behandelmodules en disciplines in relatie tot de risicofactoren onderzocht om na te gaan of er mogelijkheden zijn de keuzes van de doelen en de daarvoor ingezette middelen te verbeteren. Tevens vindt op basis van de praktijk een eerste analyse plaats van de doelscores om risicoprofielen vast te stellen van bepaalde populaties bij uitstroom. Om na te gaan of er mogelijkheden zijn de mate van resocialisatie te verbeteren, wordt de verdeling van het type machtiging en de verblijfslocatie op het moment van de beëindiging onderzocht. Het hoofdstuk vervolgt met een analyse van de ontwikkeling van de behandelduur in FPC Oldenkotte, ook naar deelpopulatie. Ook wordt met behulp van de trajectkaart een prognose gegeven van de gemiddelde behandelduur om in combinatie met de gerealiseerde behandelduur tot een indicatie te kunnen komen voor een proportionele behandelduur.

De dissertatie wordt in de hoofdstukken 8, 9 en 10 afgerond met respectievelijk de discussie, de conclusies en de aanbevelingen. Na de bijlagen wordt besloten met de voorliggende samenvattingen, een woordenlijst, een lijst met afkortingen en een weergave van de aangehaalde literatuur.

Summary

The description of the TBS⁴⁴⁷- measure shall be discussed in the introduction of chapter 1, together with the difference between the TBS-measure and penalty. The introduction will also discuss subjects such as free will and accountability, the difference between unconditional TBS and conditional TBS, and long stay. Next, the development from TBR, which was the earlier form of TBS, to TBS shall be investigated, to which will be added a preliminary look at the law of forensic care. To clarify the TBS-measure, this chapter will finally discuss the themes of fluctuations, resocialization, civilization, perpetrator, and society.

Chapter 2 will discuss the efforts to improve the TBS-measure, taken by those involved in the TBS sector, together with their results. The chapter will also discuss the supposed negative consequences of the above mentioned efforts. The question of what this means for the sector's responsibility will be analyzed next, as there is, as a result of the long treatment duration and the number of suspects that refused examination, a certain number of convicted penitentiary residents or former residents, who are at the present and will be later on inefficiently prepared, untreated, and who run an irresponsibly high risk of recidivism when they return to society. After that, it will be explained why the recent history of FPC Oldenkotte was used as the instigation of this research. This has resulted in the following objective: the research will provide the TBS sector with resources to improve TBS, which may lead to proportional treatment duration, and credible TBS. After this the prevalent definitions believability, proportionality, and optimization will be discussed. Lastly, the applied method and the presentation of the research shall be presented.

The dynamics of the number of imposition shall be examined in chapter 3, to analyze what it means for the development of the TBS sector and the possibility of a growing category of (former) convicts who qualify for the TBS-measure. To demonstrate the consequential risk, the difference between the effectiveness of the TBS-measure and penalty will be discussed. The importance of the duration of treatment is examined in relation to the motivation of refusing observers. Also, the possibility of considering the duration of treatment as an independent variable has been researched to understand if there is a chance of reducing treatment duration. To better understand the tension between the TBS-measure and penalty, the duration of treatment from both will be discussed and compared.

In order to understand how the duration of treatment and its credibility can be influenced upon, chapter 4 will give a model that was developed to represent the complex reality of the TBS-measure and legal procedure in a comprehensible way. The model is combined with three policy points from FPC Oldenkotte; namely the reduction of separation, the managing of leave, and result-driven work. To the aspect of separation other deviations from the regular course of treatment have been added. This led to a tool that made it

⁴⁴⁷ TBS means *terbeschikkingstelling*, which in English can be referred to as entrustment.

possible, in reality, to research the changes and corresponding effects of possible relevant variables on a micro-, meso-, and macro-level.

In chapter 5 the development and the importance of deviations such as separation, taking medicine under force, withdrawal of supervision, and relapse within FPC Oldenkotte have been analyzed. To determine the effectiveness, the policy of reducing the number of deviations has been added to the analysis. The number of withdrawals, and the withdrawn authorizations as part of that, have been examined on sector level, to create an impression of the importance of deviation, and how best to deal with those.

In chapter 6 the background of the practice of going on leave, together with the cause for starting leave management in FPC Oldenkotte will be discussed before description of leave management itself. Next, the development of the number of different authorizations and leaves, and the results from the policy to shorten the period without a leave authorization and to hasten discharge are presented. These results have been confronted with the outcomes from the sector as a whole, to understand what the chances for the sector are.

Chapter 7 starts with research into the termination of the TBS-measure, with specific attention for risk factors, leave management and the particular kind of stay at the moment of termination, which may lead to possibilities for improvement. Next, the concept of working result-driven will be presented, together with the possibility of making treatment more efficient and more effective by using the risk factors during treatment, and also by using three parallel pathways that were established at the beginning of treatment, with the help of a map with milestones. These pathways consist of consecutive documented leave authorization, and sections with a pathway that is composed out of the starting score during committal and the objective score during discharge, on the basis of the dynamic risk factors of HKT-30. Possibilities for improving the choices of the objectives together with the used means shall be given by researching the usage of treatment components and disciplines in relation to the risk factors. Besides that, a first analysis of the objective scores shall be given on the basis of practice, to determine risk profiles of certain populations during discharge. The distribution of the type of authorization, and the location of residence at the moment of termination, shall be examined to understand if there are possibilities to improve the degree of resocialization. The chapter continues with an analysis on the development of the duration of treatment at FPC Oldenkotte, while also looking at sub-population. With the help of the map with milestones a prognosis will be given of the average treatment duration, which in combination with the realized treatment duration must result in an indication of proportional treatment duration.

Chapters 8, 9, and 10 will complete the dissertation with the discussion, the conclusions, and the recommendations. After the appendix, the above mentioned summaries, a list of words, a list of abbreviations, and an account of the used literature are added.

Woordenlijst

Adviescollege Verloftoetsing TBS: Het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) is een onafhankelijk college dat alle door de fpc's ingediende verlofaanvragen van tbs-gestelden inhoudelijk toetst en vervolgens van een advies aan de Minister van Veiligheid en Justitie voorziet.

Afzondering: Het insluiten van een verpleegde in een gangbare woon- of verblijfsruimte, de persoonlijke verblijfsruimte daaronder begrepen, in afwijking van de in de inrichting geldende regels.

Ambulante zorg: Bij ambulante zorg is geen sprake van verblijf. Het betreft zorg die voornamelijk wordt verleend op afgesproken tijden waarbij de justitiabelen vanuit de eigen woon en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of de hulpverlener de justitiabele in diens omgeving bezoekt.

Argus: Argus is een gegevensset voor vrijheidsbeperkende interventies. Met Argus kan een eenduidige registratie plaatsvinden van de meest toegepaste vormen van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg (ggz): diverse vormen van insluiting, fixatie en de gedwongen toediening van medicatie, vocht en/of voeding, ongeacht de juridische status van de patiënt.

Beëindiging tbs-maatregel: De datum waarop de tbs-maatregel stopt omdat er geen verlenging van de tbs heeft plaatsgevonden, of omdat de rechter de vordering tot verlenging afwijst, of omdat de maatregel van rechtswege vervalt.

Begeleid verlof: in principe met een of twee begeleider(s). Met het oog op maatschappelijke veiligheid, begint het begeleide verlof doorgaans met een beveiligde fase. De beveiligde fase van het begeleide verlof bestaat minimaal uit vijf verloven. Begeleid verlof is normaliter eendaags.

Behandeling: Het samenstel van handelingen, gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen dat het doen terugkeren van de verpleegde in de maatschappij verantwoord is. Indien niet voldaan wordt aan de voorwaarden van Bvt. art. 16a, onderdelen b en c, kan als uiterste middel niettemin behandeling plaatsvinden: a.voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, of b.indien het hoofd van de inrichting daartoe een besluit heeft genomen en dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden.

Beschermd wonen: Beschermd wonen is een vorm van (kleinschalig) wonen, waarbij op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning wordt geboden.

Beveiligd verlof: Begeleid verlof waarbij de begeleiding wordt uitgevoerd door een beveiligger en een sociotherapeut. De beveiligger kent een eigen geweldsinstructie die het mogelijk maakt eventueel passend geweld te gebruiken. Beveiligd verlof wordt standaard toegepast bij aanvang van de begeleide verloffase, en dan na vijf verloven geëvalueerd.

Bezetting: Het aantal justitiabelen i.c. tbs-gestelden dat in een FPC verblijft, dan wel tijdelijk buiten een FPC verblijft en voor wie binnen de daarvoor geldende tijdslimieten een plaats gereserveerd blijft in het kader van tijdelijk verblijf elders (TVE).

Capaciteit: Het aantal intramurale plaatsen dat bestemd is voor detentie/bewaring, opvang en/of behandeling van justitiabelen inclusief plaatsen die tijdelijk niet bruikbaar zijn, niet zijnde reservecapaciteit of in stand te houden capaciteit.

Combinatievonnis: Indien het delict de tbs-gestelde gedeeltelijk kan worden toegerekend kan de rechter hem of haar voor dat deel een gevangenisstraf opleggen. In de praktijk worden dat 'combinatievonnissen' genoemd. Na het uitzitten van de gevangenisstraf wordt de tbs-gestelde in beginsel opgenomen in een FPC.

Contraire beëindiging: Een niet-verlenging door de rechter tegen het schriftelijke advies in van het hoofd van de FPC.

Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie: Diagnose Behandeling Combinatie is een zorgproduct dat het geheel van activiteiten omvat dat door ziekenhuis en medisch specialist wordt uitgevoerd om tegemoet te komen aan een specifieke zorgvraag waarmee de individuele patiënt de specialist consulteert. In de forensische zorg is de beveiliging als activiteit daar aan toegevoegd.

Dubbel begeleid verlof: Begeleid verlof waarbij de begeleiding wordt uitgevoerd door een tweetal sociotherapeuten. Dubbel begeleid verlof wordt standaard toegepast als fase tussen beveiligd en begeleid verlof.

(Dwang)verpleging: De bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen en of goederen; de verzorging van de verpleegde tijdens de tenuitvoerlegging van de vrijheidsbenemende straf of maatregel, waaronder begrepen het doen van een aanbod aan de verpleegde tot en het bevorderen en vergemakkelijken van zijn behandeling.

Ernstige recidive: Nieuwe (geldige) justitiecontacten n.a.v. een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van vier jaar of meer (delicten met een lagere strafdreiging waarvoor wel voorlopige hechtenis kan worden opgelegd, vallen ook in deze categorie).

Forensisch Psychiatrische Centrum (FPC): Een beveiligd psychiatrisch ziekenhuis waar tbs-gestelden, of anderszins verpleegden en vrijwillig verpleegden, worden behandeld. Vroeger werd deze 'tbs-kliniek' genoemd.

Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT): Fpt is een intensieve multidisciplinaire samenwerking bij de uitstroom (hier fase van transmuraal verlof, proefverlof en voorwaardelijke beëindiging) van tbs-gestelden. De samenwerking betreft alle beslissingen over de benodigde behandeling, begeleiding en toezicht ten behoeve van de veilige en geleidelijke terugkeer van de tbs-gestelden in de samenleving. Taken en verantwoordelijkheden worden tussen beide partijen geleidelijk overgedragen. Het doel van het fpt is door middel van een optimale samenwerking tussen fpc's en de reclassering de terugkeer van tbs-gestelden naar de samenleving op een veilige en verantwoorde wijze vorm te geven en hiermee de (risico's) op recidive te verminderen en de maatschappelijke veiligheid te vergroten. Een tweede doel van fpt is het bevorderen van de door- en uitstroom van tbs-gestelde door de mogelijkheden op het gebied van toezicht, behandeling en begeleiding te vergroten.

Forensische scherpte: Een werkwijze die is gericht op het signaleren van mogelijke risico's in het bijzonder gerelateerd aan verlof.

Gemaximeerde tbs: Tbs met bevel tot verpleging waarbij slechts één keer een verlenging kan plaatsvinden in een FPC. Een gemaximeerde tbs kan dan daardoor maximaal vier jaar duren. Een gemaximeerde tbs kan alleen worden opgelegd als het indexdelict niet gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van één of meerdere personen.

Gevangenisstraf: Vrijheidsstraf die de rechter als hoofdstraf kan opleggen bij misdrijven, waarbij de maximale duur van de straf afhankelijk is van de aard van het misdrijf.

Hechtenis: Vrijheidsstraf die de rechter als hoofdstraf kan opleggen bij bepaalde overtredingen. De maximale duur die de rechter kan opleggen is afhankelijk van de aard van de overtreding. Deze meestal korte straf wordt ook wel principale hechtenis genoemd. De term hechtenis wordt ook gebruikt bij insluiting van iemand die wordt verdacht van een ernstig delict (voorlopige hechtenis) een derde variant is de vervangende hechtenis die volgt wanneer een taakstraf niet lukt of een door de rechter opgelegde, strafrechtelijke boete niet is betaald. Bij niet betaalde boetes spreekt men ook wel van subsidiaire hechtenis.

Intramurale/transmurale capaciteit: Capaciteit binnen de muren van de inrichting/capaciteit buiten de beveiligde zone van de inrichting, gericht op het verblijf van de tbs-gestelde. Toelichting: de tbs-gestelde woont op een transmurale plaats min of meer zelfstandig, bijv. in een open dependance op het terrein van de inrichting. De verantwoordelijkheid ligt bij de FPC.

Intramurale/transmurale verblijfsduur: De som van alle intramurale en transmurale behandelduren minus de periode van proefverlof, voorwaardelijke beëindiging, verblijf in het huis van bewaring en ongeoorloofde afwezigheid.

Klinische zorg (FPK, FPA, FVK, SVLVG+): Bij klinische zorg is sprake van een 24-uurs verblijfssetting waarbij ook behandeling wordt geboden. De klinische zorg kent

verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit. De hoogst beveiligde en de meest intensieve vorm van forensische zorg in de geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd in de Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA's). In de verslavingszorg wordt de meest intensieve zorg en beveiliging geboden in de Forensische Verslavingsklinieken (FVK) en Forensische Verslavingszorgafdelingen (FVA). Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt dit geboden in de klinieken voor zorg aan Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten (SVLVG(+)-voorzieningen). Daarnaast wordt een beperkt aantal plaatsen ingekocht in de reguliere GGz.

Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP): De Lap is een onafhankelijke commissie die (sinds 2003) de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie adviseert over de eventuele plaatsing van tbs-gestelden op een longstay-afdeling, de voortzetting van de longstay-plaatsing of de opheffing ervan.

Longstay: Er is sprake van langdurige zorg en beveiligingsafhankelijkheid als aan de drie onderstaande punten wordt voldaan: 1. Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt. Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Het hoeft overigens niet per se zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd. 2. Beveiliging naast eventuele zorg, is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1. genoemde delicten komt. Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een tbs-instelling. 3. Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten de onder 2 genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.

Machtiging verlofmarge: Voor elke tbs-gestelde kan een machtiging verlofmarge door het FPC worden aangevraagd, met uitzondering van bijvoorbeeld tbs-gestelden die bij een combinatievonnis (tbs & gevangenisstraf) nog niet de v.i.-termijn hebben bereikt. Ook aan ongewenst verklaarde vreemdelingen wordt geen verlof verleend. Een machtiging verlof wordt verleend voor de duur van één jaar. Een machtiging verlofmarge wordt bij een positieve evaluatie na de duur van een jaar opnieuw aangevraagd.

Mediaan: De middelste waarneming (score) van alle, naar grootte gesorteerde waarnemingen. M.a.w. het punt waaronder en waarboven 50% van alle waarnemingen vallen. Indien twee waarnemingen samen het midden vormen wordt het gemiddelde van deze waarnemingen genomen.

Modus: De waarneming die het meest voorkomt in een reeks is de modus. In andere woorden, de waarneming met de hoogste frequentie. Bij een verdeling in klassen is de klasse waar de meeste waarnemingen in zitten de modale klasse. Als twee waarnemingen allebei de hoogste frequentie hebben, dan heb je geen modus.

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP): Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) is het kenniscentrum voor forensische psychiatrie en psychologie. Het NIFP is ontstaan uit een samenvoeging van de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) en het Pieter Baan Centrum (PBC). De

belangrijkste werkzaamheden zijn advisering, bemiddeling, toetsing, observatie, opleiding alsook de indicatiestelling forensische zorg.

Onbegeleid verlof: Het onbegeleide verlof kan zowel eendaags als meerdaags zijn, met een maximum van zes overnachtingen buiten het FPC. Dit kan bijvoorbeeld zijn voor het uitvoeren van werk of het volgen van een cursus.

Ongeoorloofd afwezig: De status van een justitiabele indien deze vanaf het inrichtingsterrein buiten de externe beveiligingsring (ringmuur en/of (penitentiair) hekwerk) of vanuit een (zeer) beperkt beveiligde FPC zich heeft onttrokken aan toezicht of zich tijdens toegestaan verblijf buiten de FPC (bijv. tijdelijk verblijf elders of verlofsituatie of anderszins) heeft onttrokken of niet aanwezig is op de juiste plaats.

Ontvluchting: Van een ontvluchting is sprake indien een justitiabele vanuit het beveiligde inrichtingsgebouw of vanaf het beveiligde FPC-terrein – te weten het terrein binnen de ringmuur en/of het (penitentiare) hekwerk – is ontsnapt.

Opleggingen tbs met bevel tot verpleging: Een strafrechtelijke maatregel die verpleging van overheidswege omvat, die door de rechter is opgelegd voor een ernstig delict dat de veroordeelde niet of slechts ten dele kan worden toegerekend in verband met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn of haar geestelijke vermogens. De uitvoering vindt plaats in een FPC.

Opleggingen tbs met voorwaarden: Een strafrechtelijke maatregel die door de rechter is opgelegd voor een ernstig delict dat de veroordeelde niet of slechts ten dele kan worden toegerekend in verband met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn of haar geestelijke vermogens. Een tbs met voorwaarden houdt in, dat de veroordeelde, eventueel na het uitzitten van zijn gevangenisstraf, onder voorwaarde terugkeert in de maatschappij. Zo'n voorwaarde kan onder meer zijn dat hij (of zij) zich laat behandelen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of bij een instelling voor poliklinische of deeltijdbehandeling.

Passant: Justitiabele van wie de tbs-termijn is begonnen en die in een penitentiare inrichting wacht op opname in een forensisch psychiatrisch centrum.

Penitentiare inrichting: Een rijksinrichting ten behoeve van de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel. Onderscheiden worden een huis van bewaring en een gevangenis.

Penitentiare psychiatrisch centrum (PPC): Penitentiare inrichting voor gedetineerden met een psychiatrische of psychische aandoening, persoonlijkheidsstoornis, verslavingsproblematiek of een verstandelijke beperking (of een combinatie hiervan). De behandeling in een PPC richt zich op stabilisatie en vervolgbehandeling. Het doel is het verbeteren van de psychische toestand en het algeheel functioneren van de betrokkene en daarmee het leveren van een bijdrage aan een veiligere samenleving.

Pieter Baan Centrum (PBC): Het Pieter Baan Centrum (onderdeel van het NIFP) brengt adviezen Pro Justitia uit. Gedragsdeskundigen van het PBC onderzoeken verdachten van ernstige delicten en adviseren vervolgens aan de rechter of het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Toelichting: De gedragsdeskundigen van het PBC bepalen eerst de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Vervolgens onderzoeken ze of er, gezien een mogelijke (gedrags)stoornis, in hun ogen kans is op herhaling. Voorts kunnen ze een advies geven over behandeling.

Productieafspraken: De in de jaarafsprakenbrief van DForZo overeengekomen productie x 365 dagen.

Proefverlof: De situatie waarin de justitiabele (tbs-gestelde) met toestemming buiten (extramuraal) de FPC woont. Dit gebeurt als de delictgevaarlijkheid van de terbeschikkinggestelde zodanig is afgenomen dat het verantwoord wordt geacht dat hij (of zij) buiten de FPC verblijft. Hij (of zij) moet zich houden aan de voorwaarden uit het proefverlofplan. De Reclassering begeleidt het proefverlof, maar de betrokkene valt onder verantwoordelijkheid van het FPC.

Pro Justitia rapportage: Het gedragskundig onderzoek van een verdachte ten behoeve van een strafzaak (zie PBC-onderzoek)

Separatie: Het insluiten van een verpleegde in een speciale voor separatie bestemde verblijfsruimte.

Tendercapaciteit: Tijdelijke capaciteitsuitbreiding die wegens het hogere bedrijfsrisico een hoger verpleegtarief kende. Forensisch psychiatrische centra konden op tenders offrenen, waarna DForZo al of niet een bepaalde capaciteit toewees. De capaciteit was daarbij gebonden aan kenmerken als longstay, licht verstandelijk gehandicapt, e.d.

Tbs-gestelde: Een persoon die door de rechter is veroordeeld tot tbs met bevel tot verpleging of tot tbs met voorwaarden.

Tbs-passant: Justitiabele van wie de tbs is aangevangen en die in een penitentiaire inrichting wacht op opname in een FPC.

Terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging: Tbs met bevel tot verpleging is een ingrijpende maatregel in het Nederlands strafrecht. De maatregel is bedoeld voor iemand, aan wie het misdrijf niet (volledig) kan worden toegerekend, omdat hij of zij lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis en/of een ernstige psychische stoornis, en bij wie de stoornis heeft bijgedragen aan het plegen van het delict. In 2013 werd deze maatregel door de rechter 84 maal opgelegd. De tbs-gestelde wordt dan in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) geplaatst en behandeld. Tbs met bevel tot verpleging wordt opgelegd voor twee jaar en kan in de regel telkens worden verlengd met één of twee jaar. De rechter zal de tbs-maatregel verlengen als hij dat noodzakelijk acht, op advies van de behandelaars, wegens het verwachte gevaar van ernstige recidive (zie voor nadere begripsomschrijvingen

de bijlage). Een andere vorm van tbs met bevel tot verpleging betreft gemaximeerde tbs. Deze vorm mag maar één keer worden verlengd en kan maximaal vier jaar duren.

Terbeschikkingstelling met voorwaarden: Dat is een lichtere vorm van tbs waarbij de tbs-gestelde niet in een FPC wordt opgenomen, maar waarbij de rechter voorwaarden stelt aan het gedrag van de tbs-gestelde. Zo'n voorwaarde kan zijn dat hij of zij zich (psychiatrisch) laat behandelen. De Reclassering begeleidt in dat geval de tbs-gestelde en ziet erop toe dat hij of zij zich aan de gestelde voorwaarden houdt. Doet hij of zij dat niet, kan de rechter op vordering van het Openbaar Ministerie (OM) de tbs met voorwaarden alsnog omzetten in tbs met bevel tot verpleging.

Transmuraal verlof: Bij transmuraal verlof is sprake van een meerdaags verblijf in de samenleving buiten de beveiligde zone van het FPC. Dit kan plaatsvinden in een eigen voorziening van het FPC, maar ook bij een ketenpartner in de GGz. Er vindt een intensieve begeleiding plaats.

Uitstroom: Er is sprake van uitstroom op het moment dat een patiënt overgaat van een situatie waarin hij geen machtiging heeft, een machtiging begeleid verlof, een machtiging onbegeleid verlof of een machtiging transmuraal verlof naar een situatie waarin hij met proefverlof is of waarin zijn terbeschikking voorwaardelijk beëindigd is.

Verlofmarge: De machtiging die door de Verlofunit tbs (namens de Minister van Veiligheid en Justitie) wordt afgegeven inzake de toegestane bewegingsvrijheid van de terbeschikkinggestelde. Deze machtiging bepaalt de grenzen van het verlof. Er zijn verschillende vormen van verlof: (beveiligd) begeleid, onbegeleid, transmuraal verlof en proefverlof.

Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging: De beëindiging van de verpleging (maar niet van de tbs), op voorwaarde dat de regels die de Minister koppelt aan de beëindiging, worden nageleefd. De Reclassering biedt hulp en steun ten aanzien van de naleving van de voorwaarden.

Voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.-regeling): Bij de voorwaardelijke invrijheidstelling kunnen personen met een vrijheidsstraf tussen één-twee jaar onder voorwaarden vrij komen nadat zij ten minste één jaar en een derde van de nog resterende straf hebben ondergaan. Personen met een vrijheidsstraf langer dan twee jaar kunnen onder voorwaarden vrij komen als twee derde van de straf is ondergaan. De wet is 1 juli 2008 ingegaan. Vóór die datum was de ruimere regeling van vervroegde invrijheidstelling van kracht.

Vrijheden: Door het forensisch psychiatrisch centrum aan de verpleegde verleende samenstel van verlofmogelijkheden, dit binnen de ruimte die de verleende verlofmachtiging biedt.

Afkortingen:

AVT: Adviescommissie Verloftoetsing Terbeschikkingstelling

AWBZ: Algemene Wet bijzondere zorg

Bvt: Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden

BD: Bereikbaarheidsdienst

Bopz: Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen

BPB: Behandelplanbespreking

DDM: Dienstdoende manager, avondhoofd aanwezig in de kliniek

DB(B)C: Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie

DV&O: Dienst Vervoer en Ondersteuning

EFP: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

FKEP: Forensic Knowledge Exchange Platform

FPA: Forensische psychiatrische afdeling

FPC: Forensisch Psychiatrisch Centrum

FPK: Forensisch Psychiatrische Kliniek

FPT: Forensisch Psychiatrisch Toezicht

Ggz: Geestelijke gezondheidszorg

HCR-20: Historical Clinical Risk management-20

HKT-30: Historische Klinische Toekomst-30

I&A: Afdeling Informatisering en Automatisering

Ist: Inspectie voor de Sanctietoepassing

ITB: Individueel traject begeleider

LAP: Landelijke Adviescommissie Plaatsing

LBHIV: Landelijk Beraad van Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken

LOVS: Landelijk overleg van voorzitters van de strafsectoren van de gerechtshoven en de rechtbanken

MDT: Multidisciplinair team

MITS: Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling

MIP: Management Informatie Portaal

NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

OM: Openbaar ministerie

OO: Operationeel Overleg

OvJ: Officier van justitie

PCL: Psychopathy Checklist (PCL; Hare, 1980) en later de herziene versie de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991)

PI: Penitentiare Inrichting

PPC: Penitentiare Psychiatrisch Centrum

PV: Proefverlof

PV-fpt: Proefverlof met forensisch psychiatrisch toezicht

Ribw: Regionale instelling voor beschermde woonvormen

RSJ: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming

RvdR: Raad voor de Rechtspraak

Rvt: Reglement verpleging ter beschikking gestelden

SAPROF: Structured assessment of protective factors for violence risk

Sr: Wetboek van Strafrecht

Sv: Wetboek van Strafvordering

SVR-20: Sexual Violence Risk-20

Tbs: Terbeschikkingstelling

TL: Teamleider

Tmv: Transmuraalverlof

Tmv-fpt: Transmuraal verlof met forensisch psychiatrisch toezicht

ZP: Zorgplanner

Literatuurlijst

Argyris 1992

C. Argyris, *On organizational learning*, Cambridge, MA: Blackwall Publishing 1992.

Beccaria 1764

C. Beccaria, *Over misdaden en straffen* (ingeleid, van aantekeningen voorzien en vertaald door J.M. Michiels), Antwerpen: Kluwer 1982.

Van den Berg 2003

Anne van den Berg, 'Risicotaxatie en zelfreflectie van de manager in de forensische psychiatrie. Hoe kan de manager tegen zijn eigen positie aankijken?', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer: Kluwer 2003, p. 549 – 473.

De Beurs & Barendregt 2010

E. de Beurs, M. Barendregt, De evidence base van zorgprogramma's in de tbs: een visie op therapie-effectonderzoek, *Proces* 2010 (89) 5, Meppel: Boom Juridische uitgevers. p. 331 – 343.

Blok, De Beurs, De Ranitz & Rinne 2010

G.T. Blok, E. de Beurs, A.G.S. de Ranitz, T. Rinne, 'Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 52 (2010) 5, p. 331 – 341.

Bogaerts & Spreen 2011

S. Bogaerts & M. Spreen, 'Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden', Factsheet Tilburg University 30 mei 2011.

Bouman 2009

Y.H.A. Bouman, *Quality of life an criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders. A Good Lives approach*, Proefschrift Universiteit van Maastricht, Enschede: Gildeprint drukkerijen, 2009.

Brand & Diks 2001

E.F.J.M. Brand, G.J.M. Diks, 'Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie: theorie en praktijk', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2001, 43, 10, p. 693 – 704.

Brand, Emmerik & Raes 2009

E.F.J.M. Brand, J.L. van Emmerik, B.C.M. Raes, 'TBS: van de nood een deugd maken', *Sancties* 2009, p. 38 – 47.

Brand & Van Gemmert 2009

E.F.J.M. Brand & A.A. van Gemmert, *Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie 2009.

Brand & Nijman 2007

E.F.J.M. Brand, H.L.I. Nijman, 'Risicotaxatie en behandelevaaluatie met twee forensische observatielijsten', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (2007) 4, p. 221 – 232.

Brehm, Kassir & Fein 2002

S.S. Brehm, S.M. Kassir, S. Fein, *Social Psychology*, Boston, New York: Houghton Mifflin Company 2002.

Broeke ten 2003

J. E. ten Broeke, *Daar ligt een verhaal. De geschiedenis van 90 jaar Rekkense inrichtingen*, Hengelo, Drukkerij Twente, 2003.

Broer, Koetsier & Mulder 2015

J. Broer, H. Koetsier & C.L. Mulder, 'Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57(2015), Online publicatie feb 1 – 8.

De Bruijn & De Nerée tot Babberich 2000

Hans de Bruijn & Claire de Nerée tot Babberich, 'Competing Values in Knowledge Management', Utrecht: Lemma Publishers 2000.

De Bruijn 2008

Hans de Bruijn, '*Managers en Professionals. Over management als probleem en als oplossing*', Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Bullens 2005

R.A.R. Bullens, 'Slachtoffers en daders: twee zijden van dezelfde medaille van seksueel misbruik?' *Cogiscope 0305. Tijdschrift over gevolgen van oorlog en geweld*, 2005, p. 10 – 17.

Buruma 2011

Ybo Buruma, 'Toerekeningsvatbaarheid en strafrecht', in: T.I. Oei & G. Meynen (red.), *Toerekeningsvatbaarheid, Over vrije wil, wetenschap & recht*, Nijmegen: WLP 2011, p. 43 – 56.

Canton 2009

W.J. Canton, 'Cijfers verlofpraktijk 2008. Leidt de huidige verlofpraktijk tot meer veiligheid?' In: *Behandelduur en verlof in de TBS*, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Verslag seminar 5 november 2009, p. 44 – 51.

Commissie Visser 2006

Commissie Visser, tijdelijke onderzoekscommissie tbs, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*, 's Gravenhage: Sdu 2006.

Van Dijk & Brouwers 2011

E.M.H. van Dijk & M Brouwers, *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging. Ontwikkelingen en achtergronden*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC memorandum 2011 (Rijksoverheid | januari 2011 | Publicatie-nr. J-6282).

Van Dijk, Groenhuijsen & Winkel 2007

J.J.M. van Dijk, M.S. Groenhuijsen & F.W. Winkel, *Victimologie: 'Voorgeschiedenis en stand van zaken'*, *Justitiële verkenningen*, jrg 33(3) 2007, p. 9-29.

Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen 1991

Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen, *TBS een bijzondere maatregel*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1991.

Doeleman, Van Heumen & Diepenmaat 2010

Henk Doeleman, Lucian van Heumen, Manon Diepenmaat: A3 methodiek, *Naar jaarplannen met meer focus en bezieling – en minder papier*, Deventer: Kluwer 2010.

Dorr & Zuidema 1997

D. Dorr & J. Zuidema, 'Werken met het model Nederlandse kwaliteit', Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie, 1997.

Gerards 2005

J. Gerards, 'Proportionaliteit en gelijke behandeling' in: A.J. Nieuwenhuis, B.J. Schueler & C.M. Zoethout (red.), *Proportionaliteit in het publiekrecht*, Deventer: Kluwer 2005, p. 79 – 110.

Ten Gevers & Zijlstra 2008

T. ten Gevers & T. Zijlstra, *Praktisch projectmanagement I, Handleiding bij het voorbereiden, realiseren en beheersen van projecten*, Meppel: Giethoorn Ten Brink 2008.

Goethals & Van Marle 2012

K.R. Goethals, H.J.C. van Marle, 'Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) 2, p.179-183.

Goosensen & Oei 2012

A. Goosensen & T.I. Oei, 'The Insecurity of Security in Detention in a Hospital', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (eds), *Progression in Forensic Psychiatry. About boundaries*, Deventer: Kluwer 2012, p.317 – 340.

Groenhuijsen 1999

M.S. Groenhuijsen, 'Levenslange gevangenisstraf in Nederland'. *Delikt en Delinkwent* 1999, 29(3), 191-195.

Groenhuijsen 2002

M.S. Groenhuijsen, 'Enkele centrale denkbeelden van Montesquieu en van Beccaria in relatie tot het legaliteitsbeginsel in strafzaken', In: K. Boonen (Ed.), *De weging van 't Hart. Idealen, waarden en taken van het strafrecht*: Liber Amicorum voor prof. mr. A.C. 't Hart. Deventer: Kluwer, p. 21 – 47.

Groenhuijsen 2009

M.S. Groenhuijsen. 'Sluipende uitholling van strafrechtelijke uitgangspunten. De bijzondere plaats van de taakstraf?', *DD* 2009, 31, p. 419 – 427.

Groenhuijsen & Kooijmans 2011

M.S. Groenhuijsen & T. Kooijmans, 'Rapporteren ten behoeve van de strafrechter: de psyche geanalyseerd', in: M. Groenhuijsen, S. Kierkels & T. Kooijmans (red.), *De forensische psychiatrie geanalyseerd*, Liber amicorum Karel Oei, Apeldoorn/Antwerpen/Portland: Maklu uitgevers 2011, p. 59 – 65.

Groenhuijsen, Kooijmans & Van den Berge 2013

M.S. Groenhuijsen, T. Kooijmans, Y. van den Berge, *Bestrafing in Nederland en België*, Oisterwijk: Wolf Legal Publishers 2013.

De Haas 2006

O.P. de Haas, *Psychotherapie in detentie. Van beleid naar uitvoering*, Proefschrift Tilburg, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

Van Hattum 2011

W.F. van Hattum, *Factsheet Feitelijke gegevens over de levenslange gevangenisstraf. Stand van zaken juli 2011*, J.H. ten Brinke & D.J.G.J. Cornelissen (red.), Leeuwarden: Stichting Forum Levenslang 2011.

Van Hattum 2013

W.F. van Hattum, 'Levenslang 'post Vinter', Over de gevolgens van de uitspraak van 9 juli 2013 van het EHRM voor de Nederlandse levenslange gevangenisstraf', *NJB*, afl. 29, 2013, p. 1956 – 1964.

Helm & Stams 2012

G.H.P. van der Helm, G.J.J.M. Stams, 'Conflict en Coping by Clients and Group Workers in Secure Residential Facilities', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (eds), *Progression in Forensic Psychiatry. About boundaries*, Deventer: Kluwer 2012, p.553 – 564.

Hildebrand e.a. 2006

M. Hildebrand, M. Spreen, H.J.M. Schönberger, F. Augustinus & B.L. Hesper, *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*, Utrecht: EFP 2006.

Hofstee 1987

E.J. Hofstee, *TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief*, proefschrift Nijmegen, Arnhem: Gouda Quint 1987.

Hofstee 2003

E.J. Hofstee, *TBS*, Deventer: Kluwer 2003.

Van den Honert & Broersma 1995.

A.van den Honert & H. Broersma, *Projectmanagement. Leven en werken met projecten*, Utrecht: Teleac 1995.

De Hullu 2001

J. de Hullu, 'De strafmotivering', in: G. Knigge (red), *Leerstukken van strafprocesrecht*, Deventer: Gouda Quint 2001.

De Hullu 2003a

J. de Hullu, *Recidive en straftoemeting*, Deventer: Kluwer 2003.

De Hullu 2003b

J. de Hullu, 'Naar een afschaffing op termijn van de Terbeschikkingstelling?', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuisen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer: Kluwer 2003, p. 39 – 48.

De Hullu 2012

J. de Hullu, *Materieel strafrecht*, vijfde druk, Deventer: Kluwer 2012.

Hummelen 2011

J.W. Hummelen, *Over grenzen en open vensters*, Oratie, Groningen, 2011.

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid 2007.

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, *Samenwerken, samen beveiligen. Informatie bij de Nederlandse politie*, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2007

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003, *TBS-klinieken in beweging. Samenvattende rapportage van de algemeentoezichtsbezoeken in 2003 aan de negen TBS-klinieken*, Den Haag 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2009, *Follow-up onderzoek TBS-klinieken: Van veilig bewaken naar veilig behandelen. Geaggregeerde rapportage van het follow-up toezicht 2008 naar de kwaliteit van de psychiatrische, psychosociale en medische zorg in de negen TBS-klinieken*, Den Haag 2009.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2005

Inspectie voor Sanctietoepassing, *Verlofbeleidskader TBS. Gebruik format aanvraag verlofmachtiging, Inspectierapport Themaonderzoek*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2005.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2007

Inspectie voor Sanctietoepassing, *FPC Oldenkotte. Inspectierapport*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2007.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2008

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *FPC Oldenkotte. Inspectierapport Doorlichting*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2008.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2009

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *De ten uitvoer van de tbs-maatregel. Acht forensische psychiatrische centra doorgelicht. Inspectiebericht*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2009.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2010

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *Reclasseringstoezicht bij proefverlof en voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel. Inspectierapport Themaonderzoek*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2010.

Inspectie voor Sanctietoepassing 2011

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *FPC Oldenkotte. Inspectiebericht Vervolgonderzoek*, Den Haag: Inspectie voor Sanctietoepassing 2011.

De Jong 2012

E.J.C. de Jong, 'Over tbs, de weigerende observandus en het verschoningsrecht', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2012 (36) 5, p. 406 – 413.

De Jonge, Nijman & Lammers 2009

E. de Jonge, H.L.I. Nijman & S.M.M. Lammers, 'Gedragsveranderingen tijdens tbs-behandeling: een multicenteronderzoek', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51 (2009) 4, p. 205 – 215.

Kelk 2004a

C. Kelk, 'Mensenrechten in de gevangenis, op het scherp van de snede', (2004) Duyx, P.D., van Zeben, P.D.J. (eds.), *Via Straatsburg - Liber amicorum Egbert Myjer*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2004, p. 269 – 285.

Kelk 2004b

C. Kelk, 'De zwaarst veroordeelden en hun perspectieven: geen vrijheidsbeneming zonder einde', in M. Boone, R.S.B. Kool, C.M. Pels & T. Boekhout van Solinge (red), *Discretie in het strafrecht*, Open accessversie via Utrecht University Repository 2004, p. 267 – 290.

Kelk 2008

C. Kelk, *Strafrecht binnen menselijke proporties*, Den Haag: Bju 2008.

Kelk & De Jong 2013

C. Kelk & F. de Jong, *Studieboek materieel strafrecht*, Deventer: Kluwer 2013.

Knigge 1988

G. Knigge, *Het irrationele van de straf*, Arnhem: Gouda Quint 1988.

Koenraadt, Langbroek, Tigchelaar & Vander Velde 2010

F. Koenraadt, P. Langbroek, J. Tigchelaar & M. Vander Velde, *Het verlov van de terbeschikkinggestelde. Het Adviescollege Verloftoetsing TBS in de route van verlofaanvraag tot beslissing*, Utrecht: Montaigne Centrum 2010.

De Kogel & Den Hartog 2005

C.H. de Kogel & V.E. den Hartog, 'Contraïre beëindiging van de tbs-maatregel. Aantal, aard en verband met recidive', *O&B* 236, WODC 2005.

Kooijmans 2002

T. Kooijmans, *Op maat geregeld?* (diss. Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002.

Kooijmans 2011

T. Kooijmans, *Dat is mijn zaak!*, Tilburg: Tilburg University 2011.

Kooijmans 2014

T. Kooijmans, 'Voorbereiding: bestemd tot dat misdrijf?', *Ars Aequi* 2014, p. 208 – 213.

Kooijmans & Jörg 2013

T. Kooijmans & N. Jörg , 'Het juridische kader van de gedragskundige rapportage', in: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (Eds.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2013, p. 347 – 372.

Kooijmans & Meynen 2012

T. Kooijmans & G. Meynen, 'De hybride structuur van de rapportage pro Justitia: over toerekeningsvatbaarheid en risico', *Delikt en Delinkwent* (13) 2012, p. 477 – 489.

Koppen 2008

P.J. van Koppen, 'De beschaving van risicostrafrecht. Tussen goede opsporing en prima gevaarspredictie', *Proces* 2008/2, p. 36 – 46.

Kremer & Van der Meijde 2011

S. Kremer & J. van der Meijde. 'Ondersteunen van het eigen denkproces. Ethiek in FPC Dr. s. Van Mesdag', *Humanistiek* nr. 47, 12^e jaargang december 2011.

Kuyvenhoven & Van Marle

J. Kuyvenhoven & H.J.C. van Marle. 'Een hernieuwde evaluatie van de Terbeschikkingstelling', *Pedagogiek* 26^e jaargang . 3 . 2006 . p. 262 – 273.

Van der Landen 1992

D. van der Landen, *Straf en maatregel. Een onderzoek naar het onderscheid tussen straf en maatregel in het strafrecht*, Proefschrift Tilburg, Arnhem: Gouda Quint 1992.

LBHIV/ODO 2010

LBHIV/ODO, *Forensische zorg in perspectief, een inhoudelijke toekomstvisie op de forensische zorg*, 2010.

De Leeuw 2003

A.C.J. de Leeuw, *Bedrijfskundige methodologie. Management van onderzoek*, Assen: Koninklijke van Gorcum 2003.

Leuw 1993

E. Leuw, TBS met aanwijzing. De toepassing van en professionele oordelen over een strafrechterlijke maatregel, WODC, Arnhem: Gouda Quint 1993.

Leuw & Mertens 2001

E. Leuw, N.M. Mertens, Tussen recht en ruimte, eerste evaluatie van de tbs-wetgeving van 1997, WODC, ob 191, 2001.

Lucker, Bruggeman, Kristensen & Hochstenbach 2010

T.P.C. Lucker, F.M.J. Bruggeman, P. Kristensen, J.Hochstenbach, 'Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk', *GZ-Psychologie* 6, september 2010.

Meynen 2009

G. Meynen, 'De vrije wil in de forensische psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51(2009)12, 873-881.

Meynen 2013a

G. Meynen, 'De psychiater en toerekeningsvatbaarheid', *Justitiële verkenningen*, jrg. 39 (1) 2013, p. 54 – 64.

Meynen 2013b

G. Meynen, 'Een juridische standaard voor ontoerekeningsvatbaarheid?', *NJB*, afl. 21, 2013, p. 1383 – 1390.

Meredith & Mantel 2009.

J.R. Meredith & S.J. Mantel Jr, *Projectmanagement. A Managerial Approach*, USA: John Wiley & Sons.

Mooij 2005

A.W.M. Mooij, 'De vraag naar toerekeningsvatbaarheid'. In: *Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, nr. 11, 2005, p. 7 – 20.

Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011

M.H.Nagtegaal, R.P. van der Horst, H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden*, WODC, 290 onderzoek en beleid, Meppel: Boom Juridische uitgevers 2011.

Nagtegaal & Schönberger 2013

M.H.Nagtegaal & H.J.M. Schönberger, *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*, WODC, memorandum 2013-1.

Niederkofler 1991

Niederkofler, 1991, 'The influence of strategic alliances: opportunities form managerial influence', *Journey of Business Venturing*, 6, p. 237 – 257.

Nieuwbeerta & Van Wingerden 2006

P. Nieuwbeerta & S. van Wingerden, 'Geëiste en opgelegde sancties bij moord en doodslag, 1993 – 2004', *Trema* nr. 7, p. 280 – 285.

Philipse 2003

M.W.G. Philipse, 'Risicotaxatie: Oplossingen voor een onoplosbaar probleem'. In: T.I.Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer: Kluwer 2003, p. 229 – 255.

Philipse, Koeter, Van der Staak, Van den Brink 2006

M.W.G. Philipse, M.W.J. Koeter, C.P.F. van der Staak, W.van den Brink, 'Static and Dynamic Patient Characteristics as Predictors of Criminal Recidivism: A Prospective Study in a Dutch Forensic Psychiatric Sample', *Law and Human behavior*, Vol. 30, No. 3, 2006, p. 309 – 327.

Raes 2003

Raes, 'Er is (n)iets mis met de maatregel tbs. Een overzicht van de recente ontwikkelingen', *Ontmoetingen : Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, nr. 9 (2003), 9, p. 7 – 15

Raes 2009

B.C.M. Raes, 'Behandelduur in de TBS en commitment'. In: *Behandelduur en verlof in de TBS*, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Verslag seminar 5 november 2009, p. 24 – 30.

RMO 2006

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 'Ontsnappen aan media logica', Amsterdam: SWP 2006.

Robbins & DiCenzo 1995

S.P. Robbins, David A. DeCenzo, *Fundamentals of Management. Essential concepts and applications*, USA New Jersey: Prentice-Hall 1995, p. 156.

Roosjen 2009

S.O. Roosjen, 'Behandelduur in de TBS en commitment'. In: *Behandelduur en verlof in de TBS*, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Verslag seminar 5 november 2009, p. 39 – 43.

Spreen, Ter Horst, e.a. 2009

M.Spreen, P.R.M. Ter Horst, e.a. 'Risicotaxatie aan de hand van de HCR-20 en de HKT-30: een vergelijking tussen beide instrumenten', In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Actualiteit, geschiedenis en toekomst*, Alphen aan de Rijn 2009, p. 459 – 476.

Swanborn 2013

P. G. Swanborn, *Case studies, Wat, wanneer en hoe?* Den Haag: Boom Lemna 2013.

Tan 1996

D.S. Tan, *Van Informatiemanagement naar Informatie Infrastructuur Management*, Leiderdorp: Lansa Publishing 1996.

Tiemens, Reijs, Van Sonsbeek & Hutschemaekers 2010

B. Tiemens, M. Reijs, M. van Sonsbeek & G. Hutschemaekers, 'Het doel heiligt het middel. Een hulpmiddel bij het stellen van evalueerbare behandeldoelen', 10 *MGv* 65 2010, p. 785 – 797.

Tubex & Snacken 1994

H. Tubex, S. Snacken, 'Punitiviteit in Nederland, teloorgang van een voorbeeld? Langgestraften en gevaarlijke gedetineerden in internationaal perspectief'. In: M. Moerings (red.), *Hoe punitief is Nederland*, Arnhem: Goude Quint 1994, 331 – 347, a.w. p. 343.

Van Tulder 2011

F. van Tulder, 'De straffende rechter 2000 – 2009', *NJB* 2011, p. 1544 – 1550.

Verhagen 2005

J.J.L.M. Verhagen, *Waar vrijheid ophoudt en weer kan beginnen. 1995 – 2005 Tien jaar, Dienst Justitiële Inrichtingen*, Dienst Justitiële Inrichtingen 2005.

Verheugt 2009

J.W.P. Verheugt, 'Inleiding' In: *Behandelduur en verlof in de TBS*, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Verslag seminar 5 november 2009, p. 5.

Van Vliet, Kokken, e.a. 2009

J.A. van Vliet, S. Kokken, e.a. 'Tbs met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging van tbs. De voorwaardelijke modaliteiten van de tbs vergeleken', In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Actualiteit, geschiedenis en toekomst*, Alphen aan de Rijn 2009, p. 305 – 333.

De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé 2007

Vivienne de Vogel, Corine de Ruiter, Yvonne Bouman & Michiel de Vries Robbé, 'SAPROF Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag', Utrecht: Forum Educatief 2007.

De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout & Place 2012.

V. de Vogel, M. de Vries Robbé, W. van Kalmthout, C. Place, 'Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: ontwikkeling van de 'Female Additional Manual' (FAM)', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) 4, p. 329 – 338

Voskes, Teunissen & Widdershoven 2011

Y. Voskes, J. Teunissen, G. Widdershoven, *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Een inventariserend onderzoek naar best practices bij reductie van dwang*, Amsterdam: VU Medisch Centrum, GGZ Nederland 2011.

De Vries & Spreen 2012

K. de Vries, M. Spreen, 'De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) 5, p. 429 – 438.

Wartna, e.a 2014

Wartna, e.a, *Recidivecijfers per fpc Eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van de afzonderlijke tbs-instellingen*, WODC, Cahier 2014-15.

Weyers & Hertogh 2007

H. Weyers & M. Hertogh, *Legitimiteit betwist. Een verkennend literatuuronderzoek naar de ervaren legitimiteit van het justitieoptreden*, WODC, Ministerie van Justitie 2007.

Van Wingerden

S.G.C. van Wingerden, 'De samenleving roept om strengere straffen. De vogel vrij', In: J.P. van der Leun e.a. (red.), *Liber amicorum Moerings*, Amsterdam: Boom Lemma uitgevers 2011, p. 311 – 319.

Van der Wolf 2012

M.J.F. van der Wolf, *TBS - Veroordeeld tot vooroordeel*, Proefschrift Rotterdam, Oisterwijk: WLP 2012.

Over de schrijver

Er een vinger achter krijgen, de juiste snaar raken, afstand versus nabijheid, symbiose, splitten, diskwalificatie, ongelijkheid en gelijkwaardigheid, macht en onmacht, angst en nadenken, zo hoort het en kritisch, vuistregels en kennis, betrokkenheid of naastenliefde, volhouden en overplaatsen, achter de deur stoppen of insluiten, voorspelbaar zijn of structuur opleggen, onderstroom, betrouwbaar zijn, integriteit, et cetera. Toen ik de welzijnswereld binnen stapte wist ik totaal niet waar ik aan begon.

Na de afronding van de HBS-b en de algemene propedeuse aan de Technische Hogeschool Twente, nu de Universiteit Twente, was me eerst alleen duidelijk dat het plezier van het puzzelen aan wiskunde-, natuurkunde- en scheikundeopgaven er af was. Ik kreeg na een jaar als achttienjarige de vraag voorgelegd wat mijn motivatie was. Er was een lijst van mogelijke antwoorden, echter geen voldeed. Nog meer auto's bouwen leek me zo zinloos. Erg confronterend en de start van een moeizaam proces dat een aantal jaren heeft geduurd. Na vier van de vijf studierichtingen doorgestreept te hebben restte de werktuigbouw en stapte ik de vakpropedeuse binnen.

Via een vriend raakte ik actief bij Youth for Christ en kwam daardoor weer in contact met jongeren aan de rand van de samenleving. Het raakte aan mijn ervaring als kind toen ik aan de grens van een achterbuurtje woonde. Dat was boeiend, er waren vriendjes waar je wat mee beleefde, gastvrijheid, maar ook omgang waarvan ik als kind al snapte dat het niet deugde. Een andere planeet als je opgroeit in een beschermd en calvinistisch milieu.

De laatste twee jaar van mijn studie werktuigbouw, ondertussen na de vakpropedeuse opgenomen in de vakgroep productieorganisatie, heb ik op kamers gewoond bij een heilsoldate op leeftijd, - met pensioen gaan ze niet, - die tot even daarvoor samen met haar pas overleden man 'Jan en alleman in nood' in haar royaal uitgevallen huis opving. Die periode heb ik onder andere onder één dak gewoond met twee terbeschikkinggestelden, proefverlofgangers van Oldenkotte. Zij zag dat ik ongelukkig was met mijn studie, maar ook het effect van mij op 'Jan en alleman in nood'. Ik kreeg de tip eens in Rekken te gaan kijken.

De fietstocht naar Rekken en de vraag bij het hoofdkantoor van de toenmalige Vereniging Rekkense Inrichtingen of er werk was heeft ertoe geleid dat ik met de studie heb kunnen stoppen, acht jaar in de kinderbescherming heb gewerkt, een jaar in de zwakzinnigenzorg en tegen de dertig jaar in de tbs. Een stap in een andere wereld, een omwenteling en dit moeten integreren. En een andere taal, zoals: "We hebben ons voor 200% ingezet", terwijl ik niet alleen wist, maar het ook zo voelde dat 100% toch echt het maximum was. Geen dag spijt van de keuze, maar de prijs was bij tijden wel hoog. Soms leek de inrichting wel een soort gehaktmolen waar verpleegden en collega's in verwerkt werden. Ik heb ook meer dan eens het gevoel gekend dat er een soort vacuümpomp op me aangesloten leek.

Die ervaringen zijn niet goed te beschrijven en ik zal het ook niet doen. Historische boeken roepen bij mij vooral weerstand op. Het leest als een dossier waarin staat dat een patiënt niet te handhaven was terwijl je weet dat er niet vermeld staat dat de inrichting zelf ernstig ziek was.

Een vroeger afdelingshoofd van de kindbescherming noemde de inrichting het beste van het slechte. Dat te beseffen houd je bescheiden en daagt uit tot verbetering. En dat haakt weer aan bij mijn vooropleiding, de productie-organisatie. Verbeteren is mijn passie. Het heeft er aan bijgedragen dat ik voor de kliniek concepten heb bedacht als verlofmanagement, resultaatgerichtwerken en de veilige kamer, dit ondersteunt door zelf ontwikkelde managementinformatie. Het was geen vooropgezet plan, het gebeurde gewoon als reactie op verwaarlozing, knelpunten, wollig gedoe, crisis, machtsblokken, mythevorming, vuistregels, vastgeroeste kennis, maar ook door inspiratie van collega's en studies. En ook kon ik mezelf kwijt in de ontwikkeling van MITS, het epd en het kliniekbreed organiseren van veilige roosters.

Alle studies heb ik parttime gevolgd. Eerst waren dat hbo-inrichtingswerk te Hengelo en de voortgezette opleiding management en beleid te Zwolle. Daarna heb ik op uitnodiging van de directie bestuurs- en organisatiewetenschappen gevolgd te Nijmegen. In totaal acht jaar studie, nu vermeerderd tot ruim twaalf jaar. De negen en dertig arbeidsjaren vonden plaats onder de noemer van groepsleider, sociotherapeut, afdelingshoofd sociotherapie, hoofd informatiebeheer, operationeel manager en staf- en beleidsmedewerker. Het is geen bewuste planning. Ik was er aan toe, werd gevraagd, er was een reorganisatie of een crisis. Het mooie van mijn laatste functie vond ik de kans mijn kennis en ervaring kliniekbreed in te zetten, iets na te laten, te werken aan een kliniek om trots op te zijn.